



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Odontología**

**Escuela Académica Profesional de Odontología**

**Conducta ante el dolor dental y su relación con el  
nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del  
distrito de Juliaca-Puno 2010**

**TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista**

**AUTOR**

**Rosa Consuelo de los Milagros PARI ESPINOZA**

**ASESOR**

**Gerardo Rubén AYALA DE LA VEGA**

**Lima, Perú**

**2011**



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Pari, R. Conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del distrito de Juliaca-Puno 2010 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Académica Profesional de Odontología; 2011.

---

## **DEDICATORIA**

A DIOS, porque me guía en mi camino a seguir y a pesar de las piedras que puso en mi vida siempre me ha dado las fuerzas para continuar adelante con ánimo y perseverancia.

A MIS PADRES, aquellas personas tan queridas que a pesar de la distancia me dieron toda su fuerza para continuar adelante con los estudios siempre diciendo: “vamos, tú puedes, nosotros confiamos en ti” son aquellas palabras las que me animaron a continuar y superarme cada día más.

A MIS HERMANOS, que me dieron el ejemplo, estudiando y esforzándose cada día, siempre estuvieron cuando los necesitaba, gracias por que comprendieron mis estudios y mi ausencia en casa.

A MIS AMIGOS de la universidad porque a pesar de todo siempre estuvieron en mis alegrías y tristezas, sé que aunque pasen los años siempre seguiremos siendo amigos a pesar de la distancia.

A AQUELLOS QUE FUERON MÁS QUE AMIGOS:

MIS CONFIDENTES: Rubén, Sully, Nataly, Mariella; gracias por enseñarme lo que significa la verdadera amistad, estoy segura que ésta amistad que se formó perdurará por siempre en nuestros corazones.

## AGRADECIMIENTOS

**Al Mg. C.D. Gerardo Rubén Ayala de la Vega**, por su asesoría y sus consejos en el presente trabajo de investigación. Gracias por enseñarme que cuando uno se esfuerza se puede lograr todo lo que se desea.

**Al Mg. C.D. Marco Tulio Madrid Chumacero**, por su asesoría en todo el transcurso de elaboración del presente trabajo de investigación, gracias por sus consejos y correcciones.

**Al Mg. C.D. Luis Alberto Cuadrao Zavaleta**, por su asesoría en todo el transcurso de elaboración del presente trabajo de investigación.

A la **C.D. Teresa Evaristo**, por su apoyo en los aspectos metodológicos y estadísticos.

A los todos los Doctores que revisaron mi trabajo de investigación y me apoyaron con sus consejos y puntos de vista.

A la **Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos** porque me acogió como un miembro más de la Familia Odontológica, miembros que siempre buscan crecer en todos los ámbitos personal, cultural y espiritual.

A mi Alma Mater la **Universidad Nacional Mayor De San Marcos**, que me brindó la oportunidad de estudiar en sus aulas y adquirir nuevos conocimientos.

## **RESUMEN**

**OBTETIVO:** El objetivo de esta investigación fue conocer la conducta de mayor prevalencia ante el dolor dental y su relación el nivel socioeconómico - cultural de los pobladores del distrito de Juliaca - Puno. **MÉTODOS Y MATERIALES:** La presente investigación fue un estudio descriptivo, de corte transversal. Se encuestaron a 383 pobladores de diferentes comunidades de Juliaca.

**RESULTADOS** Los resultados indican la comprobación de la hipótesis formulada a través de las prueba de Chi cuadrado de Pearson ( $P= 0.033$ ), se encontró que la conducta de mayor prevalencia para controlar el dolor dentario es la automedicación farmacológica (42.3%%). **CONCLUSION:** Existe una relación significativa entre el tipo de conducta más frecuente para controlar el dolor dental (Automedicación farmacológica) y el nivel socioeconómico-cultural, en el Distrito de Juliaca, Provincia de Puno.

**Palabras Clave:** Conducta, Automedicación, dolor dentario.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was know the most prevalent behavior to control the dental pain and their relationship to socioeconomic and cultural level of the residents of the district of Juliaca - Puno. **RESULTS:** The results confirm the hypothesis through the test of Pearson Chi-Square ( $P= 0.033$ ).it was found that the most common behavior to control the toothache is the pharmacological automedication (42.3%) **CONCLUSION:** There is a statistics relationship between the kind of behavior to control the dental pain (pharmacological automedication) and the level socioeconomic – cultural level in the city of Juliaca – Puno.

**Word keys:** behavior, auto medication, toothache.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>I INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>II PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>10</b>
2.1. ÁREA PROBLEMA .....	10
2.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
2.4 OBJETIVOS .....	11
2.5 JUSTIFICACIÓN.....	11
2.6 LIMITACIONES .....	12
<b>III MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
3.1. ANTECEDENTES.....	13
3.2. BASES TEÓRICAS.....	20
3.2.1. DOLOR DENTAL .....	20
3.2.2. CONDUCTA .....	24
3.2.3. AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA .....	27
3.2.4. AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL.....	32
3.2.5. BUSCA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA POR DOLOR DENTAL .....	40
3.2.6. EXTRACCIÓN POR DOLOR DENTAL.....	40
3.2.7. RESIGNACIÓN Y TOLERANCIA AL DOLOR .....	41
3.2.8. NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL .....	42
3.2.9. DISTRITO DE JULIACA .....	45
3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	49
3.4. HIPÓTESIS .....	50
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	50
<b>IV METODOLOGÍA .....</b>	<b>51</b>
4.1. TIPO DE ESTUDIO .....	51
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	51
4.3. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS .....	53
4.4. PROCESAMIENTO DE DATOS .....	54
4.5. ANÁLISIS DE RESULTADO .....	55
<b>V RESULTADOS .....</b>	<b>56</b>
<b>VI DISCUSIÓN.....</b>	<b>64</b>

<b>VII CONCLUSIONES .....</b>	<b>68</b>
<b>VIII RECOMENDACIONES .....</b>	<b>69</b>
<b>IX BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>70</b>
<b>X ANEXOS .....</b>	<b>75</b>



## LISTA DE CUADROS

**TABLA 1** Conducta adoptada ante el dolor dental de los pobladores encuestados en el distrito de Juliaca, Puno, Año 2010.

**TABLA 2** Conducta adoptada ante el dolor dental y el nivel socioeconómico cultural de los pobladores encuestados en el distrito de Juliaca, Puno, Año 2010.

**TABLA 3** Relación entre la conducta adoptada ante el dolor dental y la edad de los pobladores encuestados en el distrito de Juliaca, Puno, Año 2010.

**TABLA 4** Relación entre la conducta adoptada ante el dolor dental y el género de los pobladores encuestados en el distrito de Juliaca, Puno, Año 2010.

**TABLA 5** Relación entre la conducta adoptada ante el dolor dental y el área poblacional de los pobladores encuestados en el distrito de Juliaca, Puno, Año 2010.

**TABLA 6** Tipo de medicamentos utilizados en la automedicación farmacológica por parte de los pobladores encuestados en el distrito de Juliaca, Puno, Año 2010.

**TABLA 7** Nombre del medicamento de mayor uso en la automedicación farmacológica por parte de los pobladores encuestados en el distrito de Juliaca, Puno, Año 2010.

**TABLA 8** Tipo de medicamentos utilizados en la automedicación tradicional por los pobladores encuestados en el distrito de Juliaca, Puno, Año 2010.

**TABLA 9** Plantas medicinales más utilizadas en la automedicación tradicional por los pobladores encuestados en el distrito de Juliaca, Puno, Año 2010.

**TABLA 10** Nombre del medicamento de tipo mineral más utilizado en la automedicación tradicional por los pobladores encuestados en el distrito de Juliaca, Puno, Año 2010.

**TABLA 11** Nombre del medicamento de tipo animal más utilizado en la automedicación tradicional por los pobladores encuestados del Distrito De Juliaca, Puno, Año 2010.

## **LISTA DE ANEXOS**

### **ANEXO 01.**

**TABLA 1** Edad de los pobladores encuestados en el distrito de Juliaca, Puno, Año 2010.

**TABLA 2** Género de los pobladores encuestados en el distrito de Juliaca, Puno, Año 2010.

**TABLA 3** Distribución de la vivienda según el área poblacional de los pobladores encuestados en el distrito de Juliaca, Puno, Año 2010.

**TABLA 4** Persona que aconsejó tomar el medicamento de tipo farmacológico.

**TABLA 5** Tipo de tratamiento odontológico para controlar el dolor dental.

**TABLA 6** Nivel Socioeconómico Cultural de los pobladores de Juliaca.

### **ANEXO 02.** Instrumento de recolección de datos: entrevista.

### **ANEXO 03.** Fotos de la investigación.

## I. INTRODUCCIÓN

Se realizó la investigación con el objetivo de conocer la conducta de mayor prevalencia ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico - cultural de los pobladores del distrito de Juliaca - Puno.

El dolor dentario es uno de los dolores más agudos que se presenta en el ser humano, éste al presentarse de forma impetuosa y sorpresiva hace que el paciente tienda a calmarlo inmediatamente, utilizando diferentes tratamientos, actualmente los medicamentos tradicionales junto con los farmacológicos son los de mayor uso debido a la realidad económica en que se encuentra el país. Por lo general el individuo que lo padece no acude a la consulta profesional (odontólogo) no solo por el costo sino también por la carencia de estos en algunos sectores del interior, especialmente en zonas rurales, llevándolos a utilizar diversos medicamentos recomendados por familiares, farmacias, tiendas y comunidad en general, dejando duda de la eficacia de los mismos. <sup>1</sup>

Es común que el poblador de la serranía peruana tienda a tratar sus enfermedades con elementos naturales y tradicionales de origen vegetal (plantas medicinales).

Los pobladores tratan de controlar el dolor dentario de manera inmediata, por lo que se formuló la pregunta ¿qué hacen los pobladores del Distrito de Juliaca ante el dolor dental? pretendiendo conocer los elementos tradicionales y farmacológicos de mayor frecuencia en dicha población, basándonos en diversos aspectos como edad, género, área poblacional, nivel socioeconómico cultural.

A pesar de existir diversas formas de controlar el dolor dental, según los antecedentes revisados se planteó la siguiente hipótesis: La conducta más frecuente ante el dolor dentario de los pobladores del distrito de Juliaca se basa en la automedicación farmacológica. La automedicación farmacológica es un problema de Salud Pública, ya que puede ocasionar riesgos y complicaciones en la salud individual, familiar y colectiva. Se debe entender como automedicación Farmacológica a la práctica por medio de la cual los individuos por propia iniciativa, ante la presencia de un síntoma o enfermedad, usan medicamentos sin receta

médica. Entre los antecedentes tenemos de índice internacional, resaltando los realizados en México (Prevalencia 70%), en Alemania (Prevalencia: 80%), Chile (Prevalencia 67%) y de índole nacional los de Meztanza (Prevalencia 66%), Minsa (Prevalencia 87%).<sup>2</sup>

## **II. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1 ÁREA PROBLEMA**

El dolor dental es el síntoma más frecuente que lleva al paciente a buscar tratamiento odontológico para su alivio. Los pacientes realizan diferentes conductas para controlar el dolor dental en lugar de acudir al odontólogo, una de las principales conductas ante el dolor dental es la automedicación, esto debido a que las personas en su gran mayoría no visitan los servicios odontológicos para tratamientos preventivos o restauradores, sino que manejan el dolor por medio del consumo de medicamentos o la utilización de sustancias naturales con propiedades curativas. En muchos casos las personas toleran el dolor o acuden al odontólogo con la idea de extraer la pieza afectada, esto se debe a problemas sociales, culturales y económicos.

La automedicación es un problema de Salud Pública, ya que puede ocasionar riesgos y complicaciones en la salud individual, familiar y colectiva.

Según estudios del MINSA la prevalencia de automedicación en el Perú es del 55% aproximadamente.

El nivel socioeconómico y cultural es un conjunto de factores que influyen en la conducta ante el dolor dental sobre todo en departamentos o distritos alejados de nuestro país donde la población no cuenta con recursos económicos para realizarse una adecuada atención odontológica.<sup>1</sup>

### **2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

Se evaluó las distintas conductas ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico cultural de los pobladores del distrito de Juliaca en el año 2010; los pobladores fueron entrevistados mediante una encuesta objetiva.

Las conductas que tomaron los pobladores fueron diversas, las que se evaluaron fueron: automedicación farmacológica, medicina tradicional, acudir a una medicación profesional, atención odontológica y ninguna, según edad, género, nivel socioeconómico cultural.

**2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA** ¿Cuál es la conducta de mayor prevalencia ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del distrito de Juliaca - Puno?

## **2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer la conducta de mayor prevalencia ante el dolor dental y su relación el nivel socioeconómico - cultural de los pobladores del distrito de Juliaca - Puno.

### **2.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Conocer las distintas conductas que toman los pobladores ante el dolor dental.
- Identificar el porcentaje de la población que realizó la automedicación farmacológica como conducta ante el dolor dental.
- Determinar la relación entre la conducta ante el dolor dental con: la edad, género, procedencia, nivel socioeconómico cultural.
- Precisar los medicamentos farmacológicos utilizados para el control del dolor dental.
- Precisar los medicamentos tradicionales utilizados para el control del dolor dental.

## **2.5 JUSTIFICACIÓN**

El Perú carece de estudios dirigidos a conocer las distintas conductas ante el dolor dental que toman los pobladores de los departamentos y distritos más alejados y a la vez analizar la relación con los factores económicos, sociales y culturales que modifican las dichas conductas.

Es importante el conocimiento acerca de las diversas costumbres ancestrales para controlar el dolor con sustancias naturales y que van de generación en generación, así como diversos factores entre ellos:

- El nivel socio-cultural que modifica la conducta de los pobladores para acudir a una consulta odontológica.
- El nivel económico influye en el uso de medicamentos adecuados para controlar el dolor dental.

- La facilidad y lo económico del manejo del dolor con sustancias naturales y farmacológicas de venta libre.
- La falta de información y promoción de salud bucal en distritos alejados.
- La escasez de profesionales de salud pública en dichas zonas.

Por todos éstos factores es necesario conocer qué conductas, recursos y métodos utilizan los pobladores tanto urbanos como rurales de distritos alejados, que no cuentan con servicios de salud y si lo tienen muchas veces son insuficientes, con el fin de impulsar estrategias de intervención más eficaces y también de desarrollar e implementar estrategias mediadoras de promoción de salud bucal basadas en el diagnóstico tomando en cuenta las dimensiones socioculturales; se eligió juliaca por ser una provincia modelo según el grado cultural y económico que rige en el interior del país y sobre todo en la serranía sur.

## **2. 6 LIMITACIONES**

La investigación se realizará en el área de la conducta ante el dolor dental en la comunidad; referida a la opinión de los pobladores; no se tomará en cuenta el aspecto clínico.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 ANTECEDENTES

**PARIS A.S. (2009)** en Valencia realizó un estudio descriptivo, retroprospectivo y transversal cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la proporción de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en la población mayores de 18 años de la comunidad valenciana durante febrero del 2009. La muestra de estudio fue 200 personas mayores de 18 años de los distintos estratos socioeconómicos, distintas edades y sexo. Se concluyó que la proporción actual de la automedicación en la población estudiada es de 80% y la mayor parte de los estudiados tienen un nivel de conocimiento medio. Del total de la muestra un 40.5% (81) fueron varones y 59.5 % (119) mujeres. El 35,6% pertenecieron al grupo etáreo de 18- 28 años se automedica con más frecuencia que el resto. Respecto al sexo no existen diferencias significativas que permitan concluir quien se automedica más, si los varones o las mujeres.<sup>3</sup>

**LÓPEZ J. et al (2009)** en Colombia realizaron un estudio en una muestra de 453 personas encontrando automedicación farmacológica en un 27,3 %. La afiliación al Sistema de beneficiarios de la Seguridad Social en Salud está asociado con ésta conducta. No se encontró asociación con otras variables. Los medicamentos más consumidos por automedicación son analgésicos (59,3%), antigripales (13,5 %) y vitaminas (6,8 %). Los principales problemas por los cuales las personas se automedican son dolor, fiebre y gripa. Las principales razones que se mencionan para no asistir al médico son falta de tiempo (40 %) y recursos económicos (43 %), además de otros argumentos como la percepción de que el problema es leve y la congestión en los servicios de urgencia<sup>4</sup>.

**GÓMEZ O. M. et al. (2009)** en Toluca-México realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la frecuencia y los factores que predisponen a la automedicación en la población. Mediante un estudio descriptivo, observacional y prospectivo, se analizaron las adquisiciones de medicamentos en la farmacia. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario, que refería información de características sociodemográficas, económicas, cobertura del sistema sanitario y de automedicación. Se encuestó a 377 usuarios, de los



cuales 303 practicaron la automedicación, representando el 80.4% de la población estudiada. Los resultados mostraron un mayor porcentaje de automedicación en: mujeres (61.1%) en el análisis multivariado se demostró que existía una asociación entre el sexo femenino y la automedicación ( $p < 0.05$ ), población adulta y en sujetos con menor acceso a servicios sanitarios. Los medicamentos que más se consumieron fueron: analgésicos. Respecto a los productos ingeridos para curar enfermedades destacan el uso de medicamentos alopáticos, pero también gran proporción los productos herbolarios ( $p < 0.05$ ). Con este estudio se determinaron los grupos prioritarios a los que se deben dirigir programas de educación sanitaria, para mejorar la calidad de la automedicación<sup>5</sup>.

**AGUEDO (2008)** en La Independencia - Huaraz realizó una encuesta a 400 personas mayores de 18 años sobre la automedicación para el manejo del dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural encontrando una relación inversamente proporcional entre éstas variables. Se observó una mayor prevalencia de automedicación farmacológica (64.61%) y en menor porcentaje de automedicación tradicional (11.68%). Encontrándose un mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el rango de edad 18-30 años (29%), en el género femenino (37.14%), en el área Urbana (57.25%), así como también en los nivel socioeconómico cultural bajo (30.93%) y medio (15.50%), mientras que la automedicación tradicional prevaleció en el nivel socioeconómico cultural muy bajo (6.19%).

Los medicamentos más utilizados en la automedicación farmacológica fueron los AINES (49.25%) y en la automedicación tradicional fueron las plantas medicinales (15.50%).

La persona que aconsejó con mayor frecuencia la toma del medicamentos fue el farmacéutico (36.80%)<sup>6</sup>.

**HOURS P. J.E et al. (2007)** en España realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer el patrón de utilización de analgésicos para dolores ocasionales, desde las farmacias comunitarias, así como su dosificación, satisfacción, tolerabilidad y el perfil del paciente que los consume. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y comparativo, llevado a cabo en farmacias de la comunidad Autónoma de Madrid. Los resultados obtenidos fueron que: 53 farmacéuticos comunitarios reclutaron un total de 1.010 pacientes. Un 73,5% de los

pacientes (n=704) eran mujeres y la media de edad obtenida fue de 41,6 años (desviación estándar de 14,8). El ibuprofeno fue la más dispensada (40,5%). Un 78,9% de los pacientes solicitaron el analgésico por automedicación. Los trastornos dolorosos más frecuentes fueron el dolor de cabeza (39%), la dismenorrea (14,6%) y el dolor muscular (14,4%); el dolor dental fue el trastorno para el que se solicitó mayor indicación farmacéutica (37,1%)<sup>7</sup>.

**GONZÁLEZ A. M et al. (2006)** en España realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer la proporción de automedicación con AINES entre los usuarios de dos consultas de atención primaria en las dos últimas semanas, y describir características de dicha automedicación: si existían diferencias por edad y género, si eran fármacos de venta libre, el motivo por el cual se automedicaron y el conocimiento que tenían de las reacciones adversas. El estudio fue descriptivo observacional. Sujetos: 428 usuarios de dos consultas del equipo de atención primaria. La recolección de datos se realizó en un cuestionario. Las variables de estudio fueron: existencia de automedicación, edad, género, tipo de AINE, motivo para la toma y conocimiento de reacciones adversas medicamentosas. Consideraron válidos el 56% de los cuestionarios (240). En los resultados se encontró automedicación farmacológica en un 42,1% de los usuarios. No se encontraron diferencias con respecto a género. Tomaron solo ácido acetil salicílico el 43% siendo el fármaco más utilizado<sup>8</sup>.

**MUZA C. (2006)** en Chile realizó una investigación cuyo objetivo fue dar a conocer las causas de las extracciones dentales en el Servicio de Emergencia Dental, Hospital Rancagua. Durante 1 año se registraron todas las extracciones dentales realizadas en este servicio. Se registraron datos por cada extracción realizada. Se anotó la edad, género del paciente, y la causa de la exodoncia. Se determinó que el motivo predominante para buscar ayuda en el servicio de emergencia fue dolor dental<sup>9</sup>.

**TELLO V. et al. (2005)** en Chiclayo realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la proporción de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en la población mayores de 18 años del distrito de Chiclayo durante marzo del 2005. La muestra de estudio fue 371 personas de los distintos niveles socioeconómicos del distrito de Chiclayo. En la distribución

porcentual de actitud para solucionar una enfermedad según ingresos económicos se observó que el mayor porcentaje de los que se automedicaron perciben un ingreso familiar menor de s/. 500. La proporción de personas que se automedican en la población estudiada fue de 43,9%. Se determinó que el medicamento más usado por las personas que se automedican pertenece al grupo de los AINES (56,44%), seguido por el grupo de los antibióticos (27,61%). La distribución porcentual de la actitud para solucionar una enfermedad se encontró en mayor porcentaje (35.6%) en el grupo etéreo de 18-28 años y en el género femenino 65.6%. La persona que aconsejó con mayor frecuencia la automedicación fue el farmacéutico (50,92%) <sup>10</sup>.

**AGUADO M. (2005)** en Argentina determinó de un total de 216 personas en estudio, el 88,5% de los encuestados empleó entre 1 y 3 medicamentos, dándose este hecho con mayor frecuencia en la población estudiantil femenino. Las enfermedades o síntomas que motivaron la automedicación en el 83% de los estudiantes fueron dolores y síntomas gripales<sup>11</sup>.

**MAGALDI L. (2004)** en Venezuela realizó su trabajo de investigación sobre eventos adversos más frecuentes asociados al uso de fármacos, reportó de un total de 657 alumnos en estudio, el 81% de los estudiantes mencionaron practicar la automedicación con edades comprendidas entre 17 y 28 años de la escuela de enfermería de la Universidad Central de Venezuela <sup>12</sup>.

**ALARCÓN F. (2002)** en Ayacucho, en su tesis, determinó que de 215 personas encuestadas el 82.6% de la población del distrito de San Francisco se automedican. Los fármacos más utilizados son los analgésicos 36.9%, seguido de los fármacos de aplicación tópica con 32.3%, luego los antibióticos en un 17.8%. Finalmente son la mujeres que se automedican en su mayoría y recibieron información a través de la televisión en un 40% <sup>13</sup>.

**NUÑEZ (2002)** en Otuzco-La Libertad realizó una encuesta a 397 personas mayores de edad aparentemente sanas sobre el manejo del dolor dentario, encontrando que el 47,4% utiliza la automedicación farmacológica, el 29.2% utiliza la automedicación tradicional, sólo el 18,1% acude a un profesional de la salud y un 5.3% no utiliza nada para el dolor dentario.

El medicamento fue obtenido en mayor porcentaje de la farmacia o tienda en un 32,5%. No hay relación entre el género y el manejo del dolor dental.

Tanto el poblador de la zona urbana como el de la zona rural utilizan la automedicación farmacológica en un mayor porcentaje. No hay relación entre el área poblacional y la conducta para controlar el dolor dental.<sup>14</sup>

**ERNESTO et al. (2000)** en Colombia realizaron una investigación cuyo objetivo fue explorar las causas de la pérdida dental relacionados con el desarrollo de la comunidad, costumbres, hábitos, educación y experiencias de atención a través de la experiencia vivida por adultos mayores, describió la relación entre los factores socioculturales con la pérdida dental. Se recolectó la información mediante entrevistas informales, no estructuradas, e individuales. Se concluyó que el dolor dental es la principal causa de pérdida dental en los adultos mayores, no hay preocupación por la enfermedad bucal, sino por la presencia del dolor dental. Entre muchos intentos por curar las piezas dentarias y prevenir las enfermedades bucales, ha existido desde épocas remotas un tratamiento definitivo: la extracción dental. La influencia familiar y el dolor dental difundieron un pensamiento por generaciones “Sacarse los dientes es lo mejor”.<sup>15</sup>

**STELTER et al. (1997)** en Curitiba, Brasil, en una población de 141 pacientes con odontalgia encontraron que el 78% se automedicaba, que las mujeres lo realizaban con mayor frecuencia que los hombres y los medicamentos más utilizados fueron los analgésicos.<sup>16</sup>

**BAENA A.P. et al. (1996)** en Colombia realizaron un estudio sobre la automedicación en pacientes de los servicios de urgencia de odontología, cuyo objetivo fue determinar el origen de la automedicación en los diferentes grupos de edad, género, estudios realizados y ocupacionales. La población fue constituida por personas que acudieron al servicio de urgencias odontológicas del Hospital General de Medellín. Para la recolección de datos se realizó una encuesta a cada paciente. Se encuestó a 245 personas y se obtuvo como resultados que 95 personas (38.8%) se automedicaron, 111 personas (45.3%) no consumieron ningún medicamento antes de ir a la consulta de urgencias y 39 personas (16%) acudieron a la consulta odontológica antes de asistir a la consulta de urgencias. Las

principales fuentes de automedicación fueron el farmacéutico y la misma persona. Los medicamentos de mayor frecuencia de consumo fueron, en orden decreciente: AINES (29.8%), analgésicos no opiáceos (22.4%) y antibióticos (10.2%) <sup>17</sup>.

**VALDEZ (1995)** en Bolivia encontró que la población utiliza 115 plantas medicinales y 104 medicamentos para automedicarse (medicina casera), la capacidad de automedicarse está estrechamente relacionada con el nivel de escolaridad, nivel socioeconómico y el domicilio de las personas <sup>18</sup>.

**MISRACHI et al. (1995)** en Chile estudiaron los conocimientos sobre patrones culturales que influyen los comportamientos de salud bucal en poblaciones urbano-marginales, encontrando que el 90% ha sufrido una experiencia dolorosa a causa de una pieza dentaria, de éstos, el 35% acude a la consulta dental y el 65% se automedica, predominando la automedicación tradicional sobre la automedicación farmacológica. Las hierbas y otros productos caseros son utilizados como único recurso sólo en el tratamiento de adultos en un 37% y la automedicación farmacológica en un 18%<sup>19</sup>.

**KNAUTH (1993)** en Perú reportó en un estudio efectuado en barrios marginales de Chimbote, que tan sólo el 34.5% de los sujetos que empleaban medicamentos para curarse habían recibido una consulta médica privada o en centros de salud del estado y el 2.5% correspondían a medicina tradicional. El 63% restante correspondía a automedicación farmacológica. Se plantea que la automedicación es común porque a menudo es difícil o imposible llegar a los centros de salud (largos recorridos, altos costos de transporte, prolongado tiempo de espera, etc.) y porque las consultas privadas son caras <sup>20</sup>.

**BAÑOS J.E y et al (1991)** en Barcelona realizó un estudio cuyo objetivo fue valorar las principales características de la automedicación en el dolor odontológico. Se incluyeron 226 pacientes que acudieron a una consulta extra hospitalaria de odontología. Se realizó un cuestionario para cada individuo con datos relativos al paciente, a su patología, a las características del dolor y a la automedicación utilizada. En los resultados se encontró que el 72% de los pacientes se automedicaron farmacológicamente, el 55% con un fármaco, el 36% dos y el 8% tres. El fármaco más empleado fue el paracetamol (39%). Sólo el 9% de la

automedicación se atribuía a la consulta en una farmacia, el 73% correspondía a la propia decisión del paciente y el 18% a consejos de personal no sanitario. En conclusión el estudio muestra una elevada frecuencia de automedicación en el dolor odontológico <sup>21</sup>.

**MESTANZA F. (1991)** en Lima realizó un estudio para determinar las características del consumo de medicamentos y la automedicación, a través de un estudio prospectivo, transversal y de tipo encuesta en dos farmacias correspondientes a los estratos socioeconómicos alto y bajo.

Los medicamentos más solicitados fueron antimicrobianos (ampicilina, cotrimoxazol), antiinflamatorios, antigripales y vitaminas. La automedicación ocurrió en 66.7% del estrato bajo y en 40.6% del estrato alto y se relacionó con: ser menor de edad, menor grado de escolaridad, ser estudiante o trabajador independiente, dolencias agudas (respiratorias y dérmicas) <sup>22</sup>.

## 3.2 BASES TEÓRICAS

**3.2.1. DOLOR DENTAL.-** El dolor dental es el síntoma más frecuente que lleva al paciente a buscar tratamiento odontológico para su alivio.

La asociación internacional para el estudio del dolor (AIED) lo define como "experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con un daño real o potencial de los tejidos y descrito en términos semejantes a como si ese daño existiera". Esta definición plantea que la sensación dolorosa es un estado afectivo, una experiencia emocional y no sólo la mera percepción de un estímulo sensorial.<sup>23</sup>

El dolor tiene una gran importancia biológica porque sirve como mecanismo corporal defensivo al avisar de un peligro anatómico y funcional. Es una modalidad sensorial cuyo estímulo adecuado no corresponde con una forma específica de energía, ya que cualquier tipo de estimulación, si es lo suficientemente intensa para producir daño tisular, provoca dolor.

En las urgencias el odontólogo se enfrenta principalmente con dolores agudos generados a partir de estructuras dentarias o en tejidos adyacentes. Pero también son frecuentes los dolores crónicos craneofaciales, los cuales son de larga evolución y muy rebeldes al tratamiento.<sup>24</sup>

**CAUSAS:** Las noxas más frecuentes en la cavidad oral son de diverso origen, pueden ser lesiones de tipo infeccioso, traumático, autoinmune, carencial y no pocas veces tumoral. Éstas causan el dolor que en la mayor parte de los casos se asocian al proceso inflamatorio.

2.1.1 Lesiones de tipo infeccioso, son producidas por bacterias, virus u hongos causantes de gingivitis, estomatitis, coronaritis, alveolitis, pulpitis, periodontitis, abscesos dentoalveolares y ulceraciones de diversa índole.

2.1.2 Lesiones de tipo traumático, sea de tipo accidental como los traumatismos mecánicos o aquellos que son consecuencia de intervenciones odontológicas de tipo invasivo como exodoncias, prótesis, o cirugía odontológica diversa.

2.1.3 Lesiones autoinmunes, son menos frecuentes, generalmente comprometen todo el cuerpo, pero que tienen repercusión en la cavidad bucal, como la esclerodermia que causa

retracciones gingivales o la dermatomiositis que causa queilitis retráctil, y lesiones subgingivales.

2.1.4 Lesiones de tipo carencial, como las avitaminosis principalmente por déficit de vitamina e y del complejo B que predisponen a lesiones inflamatorias e infecciones.<sup>23</sup>

**NOCICEPTORES.-** Las terminaciones nerviosas que detectan las noxas (daños) son denominadas nociceptores (noxa=daño, ceptor= receptor), los cuales son de diversos tipos en cuanto a su estructura y a la velocidad de conducción del impulso nervioso. La existencia de nociceptores con diferente velocidad de conducción hace que el dolor se perciba en forma bifásica, es decir un momento en que se percibe el dolor en forma rápida, seguido de uno de percepción dolorosa más lenta.

Son los receptores especializados en la detección de estímulos nocivos. Morfológicamente son terminaciones nerviosas libres de fibras A $\delta$  (mielínicas) y C (amielínicas) que funcionan como transductores biológicos. Sus cuerpos celulares de origen se localizan en los ganglios de la raíz dorsal (GRD) o en los ganglios sensoriales de los pares craneanos correspondientes, y se conocen como neuronas de primer orden o aferentes primarios, de la vía nociceptiva.

Las fibras A  $\delta$  poseen un diámetro de 1 a 5 mm y una velocidad de conducción de 5 a 30 m/seg. Las fibras C tienen un diámetro de 0,5 a 2 mm y una velocidad de conducción de 1 a 2,5 m/seg. Cuando se produce una lesión superficial en la piel, se perciben dos clases de dolores: uno inicial, rápido, de corta duración, bien localizado, debido a la actividad de las fibras A  $\delta$ , llamado dolor primario y, otro, de aparición más tardía, lento, persistente y difuso, debido a la actividad de las fibras C, llamado dolor secundario<sup>23</sup>.

**TIPOS DE DOLOR.-** Se han realizado diversas clasificaciones del dolor teniendo en cuenta la evolución cronológica podemos definir dos modalidades básicas:

**1) Dolor agudo (<3 meses):** Se percibe de 0,1 segundos después del contacto con el estímulo doloroso; el impulso nervioso generado viaja hacia el sistema nervioso central a través de fibras de una alta velocidad de conducción (A  $\delta$ ). Dura segundos, minutos o incluso días; pero generalmente desaparece cuando la causa que lo origina desaparece. En



la mayor parte de las ocasiones es producido por una estimulación nociva, daño tisular o enfermedad aguda.

**2) Dolor crónico (>3 meses):** El dolor crónico tarda 1 segundo o más en aparecer y aumenta lentamente su frecuencia e intensidad durante segundos, minutos o días, persiste más allá del tiempo razonable para la curación de una enfermedad aguda, por lo que se le asocia a un proceso patológico crónico que provoca dolor continuo; se relaciona con las estructuras profundas del cuerpo; no está bien localizado y es capaz de producir un sufrimiento continuo e insoportable<sup>23</sup>.

**DIMENSIONES CLÍNICAS DEL DOLOR:** El dolor es una percepción que posee varias dimensiones: duración, intensidad, localización, características y percepción.<sup>23, 25, 26</sup>

**DURACIÓN.-** Es el tiempo durante el cual se percibe el dolor. Este puede ser continuo o intermitente. En clínica se ha convenido en denominar al dolor, de acuerdo con su duración, como agudo (menos de 3 meses) y crónico (más de 3 meses).

**INTENSIDAD.-** Es la magnitud del dolor percibido. En ella influyen factores de orden psicológico, social y cultural, como decía Melzak. No obstante, la intensidad del dolor es un fenómeno subjetivo y por tanto es conveniente utilizar métodos que nos permitan medirla, por ejemplo la escala visual analógica (EVA). En esta, la intensidad del dolor es determinada por el mismo paciente sobre una línea recta cuyos dos extremos están marcados 0 y 10. El número 0 indica ausencia del dolor y el 10 describe al dolor más intenso que el sujeto pueda imaginar.

Intensidad del dolor EVA: Sin dolor 0 \_\_\_\_\_ 10 Máximo dolor

**LOCALIZACIÓN.-** Es el lugar del cuerpo donde el dolor es percibido. Por ejemplo, el dolor somático se produce por la activación de los nociceptores de la piel, hueso y partes blandas.

**CARACTERÍSTICAS.-** Permiten describir el tipo de dolor que se percibe, por ejemplo, si es quemante, punzante, eléctrico, como un calambre, etc. Algunos dolores poseen una cualidad típica. Tal es el caso de las descargas eléctricas de las neuralgias del trigémino o de la sensación de quemadura en algunos dolores neuropáticos de las glosodinas.

**PERCEPCIÓN.-** La influencia de la cultura y la etnia en la percepción y la expresión del

dolor es un tema de investigación desde los años cincuenta (Zborowski). En los noventa Zatzick y colaboradores <sup>27</sup> en un meta análisis de trece trabajos publicados no se encontró relación en la capacidad de diferenciar estímulos dolorosos entre grupos étnicos. No obstante, la valoración de la percepción del dolor entre hombres y mujeres denota una sensibilidad algo mayor al dolor para las féminas que para los varones.

### **FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR**

La importancia fisiológica del dolor es que tiene un significado biológico de preservación de la integridad del individuo, es un mecanismo de protección que aparece cada vez que hay una lesión aguda en cualquier lugar del organismo, capaz de producir una rápida reacción del sujeto para eliminar el estímulo doloroso. Por estas razones instintivas, los estímulos de carácter doloroso son capaces de activar a todo el cerebro en su totalidad poniendo en marcha potentes mecanismos encaminados a una reacción de huida, de retirada, evitación y/o búsqueda de ayuda para aliviarlo <sup>28</sup>.

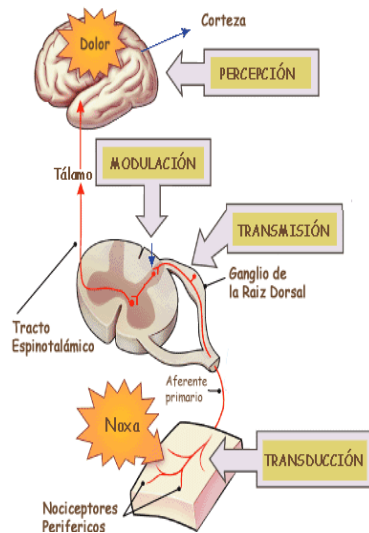
### **PROCESOS FISIOLÓGICOS DEL DOLOR:** <sup>23, 25, 26</sup>

**Transducción:** proceso por el cual el estímulo nocivo periférico se transforma en potencial de acción.

**Transmisión:** propagación del impulso nervioso hasta los niveles sensoriales del SNC.

**Modulación:** capacidad que tienen los sistemas analgésicos endógenos de modificar la transmisión del impulso nervioso, fundamentalmente inhibición en las astas dorsales de la médula, pero también a otros niveles (periférico).

**Percepción:** proceso final en que los tres primeros, interactuando con una serie de otros fenómenos individuales, crean la experiencia subjetiva y emocional denominada dolor.



**Figura 1:** Procesos fisiológicos del dolor.

**3.2.2 CONDUCTA.-** Es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles y plausibles de ser observados por otros. Por este motivo se dice que es toda actividad humana que sea observable por otra persona. El comportamiento no es solo un mero conjunto de interacciones, estímulo y respuesta, sino una disposición individual frente a determinados estímulos que provocan una respuesta según la persona y precisa de una manifestación externa en el mundo o realidad. El entorno social modifica la respuesta y la persona influye, igualmente, en el entorno en el que se encuentra y por el que está rodeado.<sup>29</sup>

#### **TIPOS DE CONDUCTA:**

**1) Conducta estereotipada.-** Es innata, puede ser un tactismo por el que todo el órgano se mueve en relación con un determinado estímulo externo. Si se mueve en dirección al estímulo diremos que es tactismo positivo si se aparta negativo. Los reflejos son considerados como conductas estereotipadas y se distinguen de los tactismos en que los primeros suelen extender el movimiento a una parte del organismo.

**2) Conducta aprendida.-** El aprendizaje es la modificación de la conducta estereotipada o adquisición de nuevos tipos de conducta. Los criterios para distinguir la conducta aprendida de las modificaciones de la estereotipada:

a) el aprendizaje debe ser permanente,

b) no será alteración permanente en la conducta.

El hábito es el método más sencillo de aprendizaje, es la eliminación completa de la conducta estereotipada como resultado de un estímulo repetido.

**3) Conducta compleja.-** El razonamiento es la facultad de utilizar experiencias pasadas, con deducción lógica, para resolver problemas nuevos más o menos complicados.

**CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL.-** Es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano que resultan visibles y plausibles de ser observados por otros para controlar y/o manejar el dolor dental.<sup>29</sup> Son todas las acciones que los sujetos llevan a cabo con el fin de obtener un diagnóstico y/o tratamiento para el dolor dental.<sup>30</sup>

El dolor es una experiencia personal, única y privada, que sufre aquel que lo padece y que se expresa más como una conducta que como una sensación, es decir la característica subjetiva del dolor hace muy difícil transmitir la experiencia sensorial del fenómeno; así mismo, la expresión del dolor está influenciada por la cultura a la cual pertenece el individuo que lo experimenta como ha sido demostrado por Zborowski, pionero en el estudio del dolor y la cultura de tal manera que cada grupo social tiene sus formas particulares de manifestar el dolor a través de diferentes conductas.

En el dolor interactúan factores biológicos que determinan su localización, duración e intensidad; factores psicológicos que están asociados a la conducta ante el dolor y factores sociales que implican la percepción y significado que el individuo le adjudica a su dolor. Todas estas características establecen el marco que dan lugar a las acciones que los sujetos llevan a cabo con el fin de obtener un diagnóstico y tratamiento para su malestar. Estas prácticas que están comprendidas en el proceso que se conoce como “conducta de búsqueda de atención” o “Conducta de enfermedad”- comienzan con la percepción de cambios corporales, la interpretación y creencias respecto de los síntomas, la búsqueda de ayuda, y concluyen con la obtención de diagnóstico y una prescripción terapéutica.

En la conducta de búsqueda de atención, los individuos se enfrentan a diversos sistemas o sectores de atención a la salud, cada uno de los cuales le ofrece una forma propia de explicar, diagnosticar y tratar la enfermedad.

Según la clasificación de Helman existen 3 sectores de atención ante un dolor: Popular, tradicional y profesional.

**SECTOR POPULAR.-** Es un ámbito secular, no profesional, de la sociedad- el individuo lleva a cabo prácticas:

- Automedicación
- Utilización de remedios caseros
- “no hacer nada”

Estas prácticas se circunscriben al ámbito del hogar y que pueden ser recomendaciones brindadas por un amigo o un familiar; en general no implican el pago de servicio a una persona capacitada para este fin.

**SECTOR TRADICIONAL.-** Por otro lado en el sector tradicional, los individuos encuentran algún tipo de curación sacra o secular brindada por personas entrenadas de manera formal o informal, como:

- Curanderos.
- Naturistas.
- Yerberos.
- Hueseros
- Otros.

En apariencia, este tipo de atención ofrece varias ventajas:

- Se comparte la visión del mundo (entre ambas partes).
- Cercanía
- Calidez
- Informalidad
- Utilización de un lenguaje Coloquial.

**SECTOR PROFESIONAL.-** El sector profesional los individuos interactúan con instituciones de atención a la salud organizadas y sancionadas de manera legal, por lo común bajo un modelo occidental de atención a la salud. Así en la mayoría de sociedades los individuos se enfrentan a una oferta plural en la atención y deben elegir a cuál o cuáles sectores acudir

cuando padecen un problema de salud, ante un dolor.

Se considera que la utilización de otras formas que no sean en el sector profesional se debe a la falta de recursos económicos y no una expresión de las preferencias de los individuos o una forma de rechazo al conocimiento (conocimiento médico con validación científica).

#### **TIPOS DE CONDUCTAS ANTE EL DOLOR DENTAL:**

##### **3.2.3 AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA:**

Se entiende por automedicación (AU) aquella situación en que los pacientes consiguen y utilizan los medicamentos sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento).<sup>31</sup>

El concepto de AU ha variado a lo largo del tiempo, no sólo se consideran a los medicamentos de uso “sin receta”, sino también los medicamentos “de prescripción con receta” (recomendados por otras personas o que el paciente recuerde de tratamientos anteriores), siendo éste concepto más amplio, el más aceptado en la actualidad por los distintos autores.<sup>32</sup>

La AU constituye una decisión del propio paciente, a veces aconsejado por amigos o familiares u otro tipo de informaciones, tomada en función de la gravedad de la enfermedad<sup>31</sup> y favorecida por factores como la dificultad de acceso a la asistencia sanitaria, el miedo a conocer la propia enfermedad, la tendencia a evitar la relación con el médico, o el escepticismo sobre la eficacia del sistema sanitario.

#### **FACTOR SOCIO- ECONÓMICO CULTURAL Y LA AUTOMEDICACIÓN:**

Son muchos los factores que influyen en este tipo de conducta, destacando los factores sociales como la presión de grupo o de nuestros propios familiares que nos ofrecen una alternativa para la solución de nuestros problemas de salud basados en su propia experiencia.<sup>33</sup> También influye el bajo nivel de instrucción de personas especialmente de los padres de familia, los cuales ignoran por completo el riesgo que implica la automedicación.<sup>33</sup>

Dentro de los factores económicos que influyen en la automedicación destacan el desempleo, las malas condiciones de trabajo y de vida de la mayoría de la población y sobre todo el bajo ingreso económico familiar que no les permite acceder a los servicios de salud,

lo cual se traduce en la falta de prescripción por un profesional capacitado.<sup>34</sup>

Dentro de los factores culturales influyen la falta de acceso y escasa disponibilidad de información lo que permite a las empresas farmacéuticas difundir información sesgada que incita a la población al consumo de fármacos supuestamente muy seguros, esto además se une a la deficiente educación sanitaria con la que contamos.<sup>35</sup>

Según distintos estudios realizados en Europa y EE.UU., se estima que entre un 50%-90% de las enfermedades son inicialmente tratadas con AU; y sólo un tercio de la población con alguna dolencia o enfermedad, consulta al médico. Estudios realizados en España sitúan la prevalencia de la AU alrededor de un 40%-75%.

La implantación de la AU y su influencia sobre los sistemas sanitarios ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, favorecida por factores tales como: aumento del número de medicamentos disponibles sin receta, mejor educación sanitaria sobre medicamentos, facilidad de acceso de la población a la información - fomentada por el desarrollo de nuevas tecnologías y sistemas de información, profusión de publicaciones, influencia informativa de la industria farmacéutica; y por intereses de reducción de los costos sanitarios, así como por el hecho de considerar innecesaria la asistencia médica para el tratamiento de dolencias menores.<sup>31</sup>

El aumento de la práctica de AU entre la población, justifica la necesidad de mejorar la información dirigida a los pacientes. Según la OMS, es esencial que dicha información se adecue al nivel de educación y conocimientos de la población a la que va dirigida; y podría evitar la mayoría de los riesgos de la AU. El farmacéutico a menudo constituye la única vía de información del paciente que se automedica, por lo que su intervención es esencial para que la AU se realice de forma racional segura y eficaz, así como para mejorar el cumplimiento del tratamiento.<sup>31</sup>

**RIESGOS DE LA AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA .-** Durante mucho tiempo, se ha considerado a la AU como una de las formas de uso irracional de los medicamentos, al constituir una terapéutica no controlada, que no permite un seguimiento del tratamiento de los pacientes, y que puede conllevar numerosos riesgos tales como:

- \* Información errónea, insuficiente o no comprensible de los medicamentos y sus características por parte de los pacientes.
- \* Elección incorrecta de los medicamentos, por un autodiagnóstico equivocado o bien por una identificación errónea.
- \* Uso o administración incorrectos: dosis, vía, duración, conservación, etc.; y riesgo de abuso o dependencia.
- \* Aparición de reacciones adversas o interacciones o utilización de asociaciones inadecuadas que podrían ser especialmente peligrosas en ancianos, niños, embarazadas y ciertos grupos de riesgo.
- \* Retraso en la asistencia médica apropiada, en los casos en que ésta sea realmente necesaria.<sup>31</sup>

**COMPLICACIONES DE LA AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA.-** Uno de los aspectos más importantes y preocupantes de la automedicación son las complicaciones que se presentan por el uso inadecuado de los medicamentos, así por ejemplo existen una serie de complicaciones relacionados con cada grupo de fármacos:

**AINES.-** El tratamiento no supervisado del dolor se ha complicado cuando se consume AINES. Dentro de sus principales complicaciones están:

- Hemorragia Digestiva Alta (HDA).- Se ha detectado una alta incidencia de aproximadamente 650 casos por 100000 habitantes por año, de los cuales el 40% son atribuibles al uso excesivo de ácido acetil salicílico y otros AINES. Esto ocurre por disminución de las prostaglandinas I<sub>2</sub> y E<sub>2</sub>, así mismo prolongan el tiempo de hemorragia por disminución de la producción de tromboxano-A<sub>2</sub> en las plaquetas, prolongan el tiempo de gestación y de hemorragia posparto por disminución de las prostaglandinas E y F y se conoce que las mezclas analgésicas pueden ocasionar cuadros de nefritis intersticial<sup>36</sup>
- Insuficiencia renal.- Uno de las complicaciones del uso habitual de analgésicos simples es la nefritis intersticial. Se estima que el 11% de todos los casos de insuficiencia renal terminal cuya incidencia es alrededor de 110 nuevos casos por 1000000 habitantes es atribuido al consumo de analgésicos.



- Enfermedad Hepática.- El abuso crónico de paracetamol como analgésico puede resultar muy perjudicial para la salud. Ya que produce insuficiencia hepática que muchas veces resulta mortal.
- Síndrome de Reye. Es un proceso grave que afecta al hígado y cerebro, se presenta por el uso indiscriminado del ácido acetil salicílico (aspirina).
- Cualquier analgésico, como medicamento que es, debe ser administrado bajo control y supervisión.

Entre los analgésicos más usados en el manejo del dolor dental tenemos: paracetamol, diclofenaco, ibuprofeno, ketoprofeno, naproxeno; Inhibidores de la COX-2, como por ejemplo: meloxicam y nimesulida. Además de otros como: Etoricoxib, celecoxib, rofecoxib, etc.

**ANTIBIÓTICOS.-** Las infecciones odontogénicas son una patología frecuente en la consulta odontológica. Se definen como enfermedades de origen infeccioso que afectan las funciones del sistema estomatognático y que dependiendo de su gravedad, pueden inducir en el huésped el compromiso de órganos vitales por diseminación directa llevando a procesos crónicos e inclusive a la muerte.

De acuerdo a la clasificación de los antibióticos según su estructura química encontramos diferentes grupos, como: Sulfamidas, penicilinas, cefalosporinas, aminoglucósidos, tetraciclinas, clorafenicol y macrólidos (eritromicina, claritromicina y azitromicina). Sin embargo cabe señalar que existen estudios que refieren un uso desmesurado de antibióticos por parte de odontólogos para las afecciones bucales, algunos afirman esto debido a que en Odontología "el uso de antibióticos con carácter preventivo no tiene pautas establecidas, sino que depende del ojo del facultativo y de que si se quiere asumir riesgos o no".<sup>6</sup>

Dentro de los antibióticos destacan las penicilinas que si bien es cierto poseen menor toxicidad de todos los antibióticos, su gran utilización hace que la aparición de reacciones adversas sea relativamente frecuente; dentro de éstas destacan reacciones de hipersensibilidad: reacción anafiláctica, edema angioneurótico, fiebre medicamentosa,

erupciones cutáneas, la enfermedad del suero, nefritis intersticial y trastornos hemáticos. Así mismo existen reacciones cruzadas por la cual las personas alérgicas a un tipo de penicilina pueden serlo también a cefalosporinas e Imipenem.<sup>37</sup>

**OTROS MEDICAMENTOS.-** Cualquier medicamento pueden tener un potencial de mal uso. Los medicamentos de venta libre tienen unas características de menor riesgo que fueron definidas en el año 1986 por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud deben ser eficaces sobre los síntomas que motivan su empleo; han de ser fiables para dar una respuesta consistente y suficientemente rápida; deben ser seguros ya que deben emplearse en situaciones de buen pronóstico y cuya identificación no sea difícil y, por supuesto, su empleo debe ser fácil y cómodo para que el usuario no requiera precauciones complejas o poco habituales. Además, deben tener un amplio margen terapéutico, lo que quiere decir que los errores en la dosificación no deben tener repercusiones graves. Asimismo, se recomienda que el prospecto contenga especificadas las situaciones donde se deberá consultar a un médico. Bajo estas condiciones los medicamentos de venta libre pueden permitir una automedicación correcta.

**AUTOMEDICACION EN EL PERÚ.-** Actualmente se debe destacar que lamentablemente en nuestro país la publicidad influye en el odontólogo y lo induce a tratar cualquier infección banal con un antibiótico de amplio espectro más costoso cuyo uso debería preservarse a infecciones severas en un intento de preservar su efectividad y evitar el desarrollo de resistencia. De esto se destaca que en nuestros días los medios de comunicación como la radio y la televisión influyen en sumo grado en la toma de decisión del consumo de un fármaco por voluntad propia lo que facilita que existan altas tasas de prevalencia de automedicación en nuestro país, como lo demuestran varios estudios hechos en el Perú:

- López R. (1990) realizó un estudio en cuatro ciudades peruanas encontrando un prevalencia de 58% .<sup>38</sup>
- Nebot R. y Llauger G., realizaron un estudio en Lima durante el periodo de Mayo- Junio de 1992, donde encontraron una prevalencia del 42% .<sup>39</sup>
- French C. en 1997 en una encuesta telefónica a asegurados en el IPSS de Lima en

personas de todas las edades encontró una frecuencia del 43,89% .<sup>35</sup>

- Montalvo C. realizó un estudio en 1999 en sectores urbano- marginales de la ciudad de Chiclayo donde encontró una prevalencia de 39,78% .<sup>40</sup>

Estas tasas de automedicación son preocupantes puesto que las consecuencias pueden ser importantes como enmascaramiento de la enfermedad, aparición de efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión o resistencia a los medicamentos empleados, y fomentar de la drogodependencia.<sup>41</sup>

**3.2.4 AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL.-** Tipo de conducta ante el dolor dental en el cual se utiliza productos de origen natural: vegetal, animal, mineral.

**MEDICINA TRADICIONAL Y PLANTAS MEDICINALES.-** En términos generales, se entiende por medicina tradicional como “el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral.<sup>42</sup> La medicina tradicional se viene utilizando desde hace miles de años, y sus practicantes han contribuido enormemente a la salud humana, en particular como proveedores de atención primaria de salud al nivel de la comunidad.

La medicina tradicional ha mantenido su popularidad en todo el mundo. A partir del decenio de 1990 se ha constatado un resurgimiento de su utilización en muchos países desarrollados y en desarrollo (OMS). Es un sistema , en tanto que tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias; porque dichos componentes se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los especialistas terapeutas, parteras, promotores, sobadores; que posee sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales, minerales y porque existe población que confía en ella, lo solicita y los practica.<sup>43</sup>

En Sudamérica, se sabe que aproximadamente 70% de la población chilena y 40% de la

población colombiana utilizan medicina tradicional.<sup>44</sup> En el caso peruano, un estudio ejecutado en un hospital de Lima de cuarto nivel encontró que cerca de 70% de pacientes utilizó alguna medicina tradicional.<sup>45</sup> Una investigación realizada en los años 1980, en barrios marginales de Lima, encontró que 57% de los encuestados manifestaba una disposición favorable hacia la medicina tradicional.<sup>46</sup>

Se consideran plantas medicinales a aquellas especies vegetales cuya calidad y cantidad de principios activos tienen propiedades terapéuticas comprobadas empírica o científicamente en beneficio de la salud humana.<sup>47</sup>

Desde hace miles de años las plantas han sido un recurso terapéutico útil a los hombres de todas las culturas para curar o tratar cualquier tipo de enfermedad o dolencia. Se cree que existen alrededor de 500,000 especies vegetales en nuestro planeta, del cual un muy pequeño porcentaje (no mayor al 10%) se usan como alimento, tanto por el hombre como para los animales y un número mayor se usan para propósitos medicinales.<sup>48</sup>

La medicina tradicional es fruto de miles de años de acumulación de conocimientos empíricos, muchos de ellos estrechamente vinculados a mitos y prácticas religiosas. Acorde a dicha naturaleza, la medicina tradicional es extremadamente dinámica e incorpora a su modelo elementos de otras prácticas, culturas o medicinas. Se van enriqueciendo constantemente de los aportes ajenos y de sus propios descubrimientos. Sobre el particular existieron durante el coloniaje, procesos de incorporación de elementos de la medicina europea y muchas plantas medicinales usadas actualmente por los curanderos americanos, es el caso de las muy conocidas verbena, llantén, manzanilla, cola de caballo.<sup>49</sup>

Los pueblos indígenas hicieron aportes significativos a la medicina convencional, los casos del aprovechamiento de la quinina, del curare, la zarzaparrilla, el guayaco, la coca, entre otras sustancias y plantas medicinales.

Los sistemas de salud convencionales se han beneficiado de esos conocimientos.

Existen diferentes formas de preparar las plantas medicinales, por ejemplo en zumo, jugos, ungüentos, cocción, maceración, emplastos, compresas y otros.

También solas mezcladas, serenadas, hervidas, reposadas, asadas, etc. Igualmente, existe

un conocimiento extenso de los componentes de la planta que se emplean como medicina, como lo es el conocimiento específico de las horas, condiciones y los procedimientos rituales para recolectarlas. Hay terapeutas que dialogan con las plantas, otros median cantos, rezos y plegarias durante la colecta, como también otros celebran rituales largos y continuos durante todo el proceso de curación y preparación de medicamentos. Por Ejemplo en los pueblos andinos, lo preponderante es la coca, como medicina y como elemento ritual de sanaciones y ofrendas, además la coca está presente en la mayoría de los actos sociales, religiosos y mágicos, desempeña el rol de integrador socioeconómico y favorece la interrelación entre los pueblos andinos.

El biólogo Doménico Carotenuto <sup>50</sup>, refiere que las plantas medicinales contribuyen al fortalecimiento de los programas de salud, y también a la economía del país, en la medida de que hay diferentes formas en que se las aprovechan: como materia prima, como extractos alcohólicos o acuosos, en forma semipurificada o también como sustancias puras o semisintéticas.

En el reconocimiento del potencial valor de la medicina tradicional y la utilización de las plantas medicinales en la salud pública, la OMS, mediante la resolución WHA 331.33 (1978) reconoció la importancia de las plantas medicinales en el cuidado de la salud y recomendó a los Estados Miembros a elaborar:

- I).- Un inventario y clasificación terapéutica, actualizadas periódicamente de plantas usadas en los diferentes países,
- II).- Criterios científicos y métodos para asegurar la calidad de las preparaciones con plantas medicinales y su eficacia en el tratamiento de enfermedades,
- III).-Estándares internacionales y especificaciones de identidad, pureza, potencia y buenas prácticas de fabricación,
- IV).-Métodos para el uso seguro y efectivo de productos fitoterapéuticos por diferentes profesionales de la salud
- V).- Diseminación de la información a los Estados Miembros,
- VI).- Designación de Centros de Investigación y Capacitación para el estudio de plantas medicinales.

## **PLANTAS MEDICINALES USADAS EN EL DEPARTAMENTO DE PUNO**

Las plantas medicinales del altiplano de Puno representa uno de los recursos más diversos y valiosos de la región, por poseer bondades curativas y alimenticias utilizadas en el diario vivir del hombre. Aunque algunas tienen uso limitado, la mayoría son empleados con fines terapéuticos regulados por el conocimiento tradicional, hábitos, costumbres y formas de vida propias de las culturas aymara-quechua, que responden a una relación complementaria hombre-naturaleza, de cuya esencia emerge el saber oral como base fundamental para el ejercicio de la actividad médica, agrícola y artesanal andina.

En este contexto, la población departamental de Puno está constituido por el 58.75% de aymaras y quechuas <sup>51</sup> establecidos como campesinos poseedores de una cultura étnica, poniendo en práctica sus saberes ancestrales que incluyen entre otros rubros el uso de plantas medicinales como recurso inmediato de respuesta a los problemas de salud local, teniendo presente que la región de Puno padece de fuertes problemas de morbilidad a causa de enfermedades, cuya prevalencia alcanza 32.2% de afecciones en el aparato respiratorio, 12.9% de enfermedades de la cavidad bucal, 10.2% por disenterías y gastroenteritis, 8.5% por traumatismos y envenenamientos, 5.3% por enfermedades del aparato génito urinario, 4.2% con signos y síntomas de enfermedades mal definidas, 3.7% con enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos, 4.2% con enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo, 3.5% de otras enfermedades del aparato digestivo, 3.2% enfermedades de origen infeccioso y/o parasitario y 12 % de enfermedades ocasionadas por otras causas <sup>52</sup>.

Por otro lado, se conoce que en el ámbito formal el tratamiento de pacientes hospitalizados suelen ser frecuentemente tratados con productos farmacéuticos complementados con el uso de plantas medicinales propias de la región, mientras que en el ámbito rural (informal) las terapias son efectuadas con plantas medicinales constituyéndose este recurso en el soporte de mantenimiento de la salud campesina,. Varias de estas plantas medicinales tienen estudios científicos que demuestran presencia de principios activos explicados por la ciencia formal, sobre cuyo argumento vienen siendo industrializados por consorcios

farmacéuticos no obstante, que otras plantas medicinales están disponibles para su validación científica permaneciendo en estado de conocimiento tradicional.

El conocimiento tradicional concreta su uso en el medio urbano gracias a la población étnica migrante del campo a la ciudad, que se instalan en los barrios marginales y solucionan sus problemas de salud con conocimientos tradicionales y terapéuticos aprendidos en la comunidad rural muchos de ellos empíricos por cierto, pero respaldadas por la experiencia del hombre andino y demostrados a través del tiempo en el espacio altiplánico, en tanto que, no solo ofrece precios extremadamente bajos respecto al valor de productos farmacéuticos (químicamente sintetizados) sino que facilita su consumo principalmente en la población altiplánica donde el nivel de pobreza alcanza el 63.7% y la extrema pobreza 38.8%,<sup>53</sup> situación que provoca cada vez mayor demanda de plantas medicinales.

Los pueblos indígenas del departamento de Puno han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna, cuyo "eje conceptual" o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integridad. A este conjunto de prácticas y conocimientos presentes en los pueblos de la región generalmente se los ha agrupado en la denominada medicina tradicional.<sup>54</sup> Sustentada en el conocimiento tradicional, comprende toda idea, juicio, raciocinio, proceso mental o tecnológico tenido como un legado, oral o escrito, de carácter colectivo desarrollado por un grupo étnico o comunidad local en su relación con el medio ambiente y en particular con los ecosistemas.

En este sentido el conocimiento sobre plantas medicinales son el resultado de las experiencias racionales empíricos y científicos adquiridos en el pasado quedando esta herencia ancestral en forma de saberes, tradiciones aymaras y/o quechuas confirmados como modelos, ideas y prácticas propias implementadas de acuerdo a las necesidades de vida andina transmitidos de generación en generación y en plena convivencia armónica con la naturaleza (plantas, animales y minerales) utilizándose sus ventajas bajo modelos particulares de tratamiento y recomendaciones ofrecidos por curanderos o yatiris cuyas

prácticas salubres tienden inclusive a una especialización propia tanto en la zona quechua como aymara. La difusión de este conocimiento y práctica médica tradicional como proceso individual y colectivo sobre los recursos naturales ha sido un proceso lento y progresivo basado en experiencias y observaciones suscitadas por cientos de años demostrando confianza en sus propiedades terapéuticas no obstante, no tener estudios de demostración experimental pero su saber ha alcanzado con el devenir del tiempo mayor complejidad y credibilidad puesto que evolutivamente han aparecido nuevas enfermedades con agentes causales nuevos que deben ser afrontados con la ayuda de la ciencia, para ser sistematizados en concordancia con los conocimientos racionales y específicos que establezcan formas curativas propias asociadas al tratamiento tradicional al sistema medicamentoso farmacéutico e inclusive los sistemas tradicionales de otras regiones como la acupuntura, la cual recientemente viene siendo insertada en las opciones de tratamientos de enfermedades como una parte de la medicina alternativa. De otro lado, debe mencionarse que el tratamiento tradicional con plantas medicinales de uso preventivo corrientemente se acompaña con el uso curativo de otras plantas de efectos sinérgicos y concurrentes a la evolución favorable de una determinada enfermedad, este uso mixto de plantas preparadas recomendadas como dietas de orden popular por los Colliris" o "yatiris" aymaras, no solo van dirigidos a combatir la sintomatología del paciente sino a combatir el agente causal de forma que su preparación y consumo puede ser adoptada como productos elaborados con materia prima de carácter fresco, desecado; tostado a fuego lento o consumido en forma de infusión, emplasto o en otra forma apropiada de acuerdo a las experiencias de cada curandero, lo que implica que la posología se realiza de acuerdo a las necesidades de salud del paciente. <sup>55</sup>

### **PLANTAS MEDICINALES EN ODONTOLOGÍA**

En la consulta estomatológica, las odontalgias son padecimientos frecuentes, los cuales por su magnitud disminuyen la capacidad y rendimiento del individuo. Para tratar dichas alteraciones se emplean fármacos de diversa naturaleza, aunque desde tiempos remotos diversas plantas también han sido empleadas.



Las plantas medicinales utilizadas para calmar el dolor dental elaboran, entre otros, metabolitos secundarios con posible actividad biológica: aceites esenciales, alcaloides, cardenólidos, ciclitales, glucósidos- iridoides, heterósidos cianogenéticos, mucílagos, resinas, saponinas, sesquiterpenos, taninos y triterpenos. Las partes de los vegetales empleadas son muy variadas e incluyen en algunos casos a la planta entera fresca. Las formas de uso más frecuentemente reportadas son las infusiones o cocimiento. La vía de administración es local, tópica o por medio de enjuagues, o bien ingiriendo la infusión o el cocimiento.

Desde hace miles de años las plantas han sido un recurso terapéutico útil a los hombres de todas las culturas para curar o tratar cualquier tipo de enfermedad o dolencia. Se cree que existen alrededor de 500,000 especies vegetales en nuestro planeta, del cual un muy pequeño porcentaje (no mayor al 10%) se usan como alimento, tanto por el hombre como para los animales, aunque un número mayor se usen para propósitos medicinales.<sup>56</sup>

# PLANTAS MEDICINALES DEL PERÚ USADAS EN ODONTOLOGÍA <sup>57,58</sup>

Nombre científico	Nombre popular	Parte de la planta empleada	Forma de empleo
<i>Couropita guianensis</i> Aublet	Ayahuma	Yemas foliares	Aplicar localmente en la pieza dental.
<i>Psidium guajava</i> L.	Guayaba	Hojas	Se mastican las hojas frescas. Analgésico dental.
<i>Picus insipida</i> Willd	Ojé	Látex de la corteza	Aplicación local del látex fresco con algodón.
<i>Tessaria integrifolia</i>	Pájaro bobo	Corteza	Analgésico dental.
<i>Artocarpus altitis</i> Fosb	Pan del árbol	Raíz	Enjuagues bucales con el cocimiento de la raíz.
<i>Jathropa curcas</i>	Piñon blanco	Látex de la corteza	Se aplica un algodón empapado con el látex sobre la pieza cariada.
<i>Piper peltatum</i> L.	Santa María	Hojas	Cocimiento de hojas. Se bebe el líquido y las hojas se colocan en la zona adolorida.
<i>Anacardium occidentale</i>	Marañón	El aceite de la cáscara	Se aplica el aceite sobre las muelas cariadas.
<i>Bidens pilosa</i> L.	Amor seco	Hojas	Se usa en casos de aftas, dolor de muelas, estomatitis (beber el cocimiento de hojas y flores), halitosis.
<i>Casearia praecox</i> Grieseb	Nea bero	Hojas	Se mastican las hojas para dolor de muelas
<i>Cedrela odorata</i> L.	Cedro colorado	Resina	Se aplica la resina para dolor de muelas.
<i>Crescentia cujete</i> L.	Tútumo	Hojas	Se mastican las hojas en casos de dolor de muelas.
<i>Croton lechlesi</i> Muell.Arg	Palo de grado	Látex	Después de la extracción del diente aplicar el látex.
<i>Dendropanax tessmannii</i> Harás	Ogu-isi	Hojas <sup>152</sup>	Fortalece los dientes contra la caries, dentífrico y como blanqueador de dientes.
<i>Ephedra breana</i> Philippi	Pinco-pinco	Planta	Se emplea la decocción de las plantas en lavados bucales.
<i>Maclura tinctoria</i> Steudel	Insira	Resina	Analgésico dental y destruye el diente cariado.
<i>Peperomia</i>	Congona	Planta entera	Usado en caso de gingivitis.
<i>Inaequalifolia</i> R & P			

**TABLA 1**

### **3.2.5 BUSCA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA POR DOLOR DENTAL**

Se ha señalado que las actitudes y conductas de la población ante el proceso salud-enfermedad son influidos por la cultura médica existente, en la que se incluye la postura del médico. Fredison <sup>59</sup>, en su ensayo sobre la construcción popular de la enfermedad señala que un aspecto importante en la actitud y conducta ante el proceso salud enfermedad del individuo radica en el significado que la persona le otorgue a la enfermedad.

Horming y Massagli <sup>60</sup> plantean que los pacientes tienen dos objetivos cuando buscan atención odontológica. El primero es obtener un buen diagnóstico y un apropiado tratamiento, el segundo es tener confianza en el dentista respecto al manejo y la ansiedad que tanto el padecimiento como el tratamiento implican.

Algunos de los factores que tienen influencia en la solicitud del servicio dental por lo regular obedecen a problemas de tipo social, cultural y de conducta <sup>61</sup>. Éstos se sabe que influyen directamente en la salud bucal de la población afectando la demanda del servicio dental.

### **2.2.6 EXTRACCIÓN POR DOLOR DENTAL**

En nuestro país la causa principal para que las personas decidan extraerse un diente es el dolor dental que se origina en gran porcentaje por la caries dental y las enfermedades periodontales que son patologías que poseen una alta prevalencia, el avance progresivo de las patologías antes mencionadas y la falta de tratamiento para las mismas, se traduce finalmente en cuadros clínicos de urgencia que constituyen el motivo de consulta.

La caries es una enfermedad oral que se manifiesta en los dientes y que puede progresar hasta la necrosis pulpar y el absceso periapical agudo.<sup>62</sup> Durante el proceso de su evolución puede llevar al paciente a que le extraigan el diente, principalmente, por el dolor originado por una pulpitis, por la fractura dentaria tras una gran caries, o por el proceso infeccioso originado tras la progresión de la infección por vía pulpar hasta más allá del ápice entre otras causas.<sup>63</sup>

Las enfermedades periodontales afectan, en cambio, los tejidos que rodean y sostienen al diente y básicamente pueden originar la pérdida de dientes porque avanzada su evolución producen movilidad dentaria que hace dolorosa la función o porque ocasionan abscesos a través de las bolsas periodontales.<sup>64</sup>

El objetivo general de la atención de urgencia es evaluar, tratar y prevenir toda lesión o enfermedad, que por su intensidad o gravedad de sus manifestaciones, requiere atención inmediata. La prioridad de una atención de urgencia es evaluada por el profesional considerando obviamente, eventos dolorosos, infecciosos, hemorrágicos, traumáticos, neoplásicos, etc. Es indiscutible que el paciente acude buscando alivio a su situación de salud, y no se conforma con un examen ni con una explicación o postergación; es decir requiere una acción y/o tratamiento inmediato.

El limitado acceso que tiene la población a la atención de salud odontológica se constituye en un factor de riesgo debido a la escasa oportunidad de recibir acciones promocionales, preventivas, de pesquisa precoz, de recuperación del daño instalado, de rehabilitación integral, y a la falta de disponibilidad de horas ofrecidas en el Servicio Público.

Un caso característico de las poblaciones rurales es el denominado *cultura de la extracción*, la cual se sustenta en 2 cuestiones fundamentales: por un lado, ante la aparición de dolor bucodental agudo, los pobladores reconocen a la extracción como única práctica para darle solución; por el otro, el único tipo de prácticas que se realiza en los centros asistenciales a los que tienen acceso, es la extracción.

### **3.2.7 RESIGNACIÓN Y TOLERANCIA DEL DOLOR**

La concepción de resignación y tolerancia al dolor es característica en pobladores que no tienen acceso a la atención odontológica como en pobladores de zonas rurales en las cuales la resignación evidenciada con respecto a la enfermedad los lleva a asumir una actitud naturalizada hacia la misma. La enfermedad es una especie de designio que pareciera no poderse evitar.

En el caso de la salud bucal, esta actitud de resignación es marcada, por ejemplo, señalan que sus problemas se pueden atribuir a ser portadores de una "dentadura falsa", o que los dientes se les "picaron" y se les cayeron "así solos no más", lo cual termina transformándose para ellos en una especie de solución a sus penurias odontológicas.

Asimismo, los pobladores revelan una cultura sintomática, según la cual solo se concurre al médico en presencia de dolor. En este sentido, es importante destacar que si bien el dolor

es el motivo que los mueve a la consulta, solo cuando este síntoma se manifiesta en umbrales extremos se opta por la asistencia médica; esto provoca que las intervenciones se produzcan en estados muy avanzados de la enfermedad.

El odontólogo es una figura ajena a la realidad cotidiana de estas comunidades, aunque demandada por los pobladores. Los pobladores refieren sentir temor ante su presencia, sobre todo por el instrumental que emplea. El miedo, sumado a la ausencia de estos profesionales en los dispensarios comunales y a la carencia de recursos para viajar al hospital zonal, motiva, en la casi totalidad de los casos, la ausencia total de controles odontológicos.

La gravedad del problema que aqueja a estas poblaciones, debería hacer tomar conciencia a los responsables sobre la necesidad de desarrollar estrategias integrales de intervención pública y privada, con el objetivo de revertir la situación de desventaja y vulnerabilidad en la que se encuentran gran cantidad de pobladores de zonas rurales en situación de aislamiento, distribuidas a lo largo de Latinoamérica.<sup>65</sup>

### **3.2.8 NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL<sup>66</sup>**

Está constituido por: nivel social, nivel económico y nivel cultural. el nivel socio económico no es una característica física y fácilmente informable sino que se basa en la integración de distintos rasgos de las personas o sus hogares, cuya definición varía según países y momentos históricos.

El Nivel Socio Económico es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros.

-Caracteriza la inserción social del hogar en forma directa.

-Caracteriza la inserción económica del hogar en forma indirecta por el acceso potencial y la disponibilidad real de recursos económicos.

El índice de Nivel Socio Económico Cultural se basa en los siguientes indicadores:

- Nivel Educacional del Principal Sostén del Hogar (indicador de mayor importancia)
- Nivel Ocupacional del Principal Sostén del Hogar.
- Patrimonio del Hogar (Posesión de bienes y de automóvil)

**NIVEL SOCIAL.-** Se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar (el miembro del hogar que más aporta al presupuesto y la economía familiar a través de su ocupación principal, aunque no es necesariamente quien percibe el mayor ingreso).

**NIVEL ECONÓMICO.-** Se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar: bienes (T.V. color con control remoto, teléfono, heladera con freezer, videograbador/reproductor, secarropas, lavarropas programable automático, tarjeta de crédito del principal sostén del hogar, computadora personal, acondicionador de aire, freezer independiente) y automóvil.

**NIVEL CULTURAL.-** Es el conjunto de símbolos (como valores, normas, actitudes, creencias, idiomas, costumbres, ritos, hábitos, capacidades, educación, moral, arte, etc.) y objetos (como vestimenta, vivienda, productos, obras de arte, herramientas, etc.) que son aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra por los miembros de una sociedad, por tanto, es un factor que determina, regula y moldea la conducta humana. Se expresa en la variable de la educación, en el grado de instrucción.<sup>67</sup>

**2.2.12 NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA ODONTOLOGÍA.-** El nivel socioeconómico juega un papel importante en la solicitud de servicios dentales, ya que no todas las personas poseen la misma capacidad de pago ante los servicios dentales y muchos de ellos se ven en la necesidad de truncar sus tratamientos una vez iniciados que trae como consecuencia deterioro de la salud bucal en un tiempo más corto.

Algunos autores refieren que el nivel socioeconómico está compuesto por ingreso, ocupación y educación, y usando este criterio se ha observado que la utilización de los servicios dentales es mayor conforme el nivel socioeconómico es más alto. <sup>68</sup>En algunos países como España, a diferencia de otros países, el pago de los servicios dentales constituye el primer gasto sanitario de las familias (por encima de los pagos de farmacia, seguros/consultas médicas)<sup>69</sup>.

Los programas y campañas existentes no permiten ofrecer alternativas de tratamiento sin bajar la calidad de los servicios, siendo afectados principalmente los grupos sociales más desprotegidos.<sup>70</sup> También con referencia a los efectos de la falta de recursos económicos

(pobreza) sobre la salud de las personas, existe dos observaciones; la primera en términos generales aquellos que son pobres, en términos absolutos, sufren por lo general, más enfermedades, tienen un nivel superior de patologías, y en segundo lugar tienen una tasa de mortalidad más elevada de enfermedades de posible prevención, ya que una mayor pobreza reduce los valores de nutrición, vivienda y saneamiento y también reduce el acceso a la asistencia sanitaria.<sup>71</sup>

## **NIVEL SOCIOECONÓMICO CULTURAL Y ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

Los problemas de acceso insuficiente a servicios odontológicos por parte de algunos segmentos de la población son complejos y, al menos algunos de ellos, no pueden ser resueltos fácilmente. Este es el caso de algunos subgrupos como los siguientes:

a. Residentes de área rurales: En áreas rurales, a menudo no es económicamente rentable establecer y mantener una práctica odontológica privada, por lo cual los odontólogos suelen distribuirse desigualmente a través de las distintas regiones geográficas. Por lo tanto, las personas que viven en estas áreas deben viajar a los sitios más cercanos en donde se encuentre disponible la atención odontológica.

b. Grupos culturalmente aislados: Varios de estos grupos, en particular los recién inmigrados, encuentran a menudo que los costes de las atenciones, el lenguaje o jerga técnica usada, y la situación legal y/o valores culturales pueden ser barreras para acceder a atenciones odontológicas. Las personas que pertenecen a estos grupos por lo general logran tarde o temprano su integración en el sistema sanitario, pero durante el período de integración, pueden ver comprometido su acceso a los servicios odontológicos.

c. Grupos económicamente desfavorecidos: Estos individuos o familias no tienen adecuados recursos financieros para disponer por sí mismos de servicios odontológicos. Datos extraídos de informes y estudios publicados en diversas partes del mundo muestran la relación directa que existe entre el nivel de ingreso anual que poseen los individuos y la capacidad de acceder a atenciones odontológicas regulares. Por ejemplo, los niños que viven en áreas con mayor privación material y social, tienen una menor probabilidad de tener atenciones odontológicas restauradoras. Las dificultades y problemas encontrados por las

personas con bajos ingresos para acceder a tratamientos odontológicos, están relacionados con el nivel de ingresos disponibles por parte de las familias.

Cuando los recursos son escasos, los tratamientos odontológicos pueden percibirse como un lujo inabordable por lo que suelen ubicarse muy abajo en una lista de prioridades cuando se compara con otros bienes o servicios esenciales. Por otro lado, las familias que tienen un nivel de ingresos limitado y han visto reducido su nivel de protección económica debido al desempleo pueden encontrar que su acceso a las atenciones odontológicas quede interrumpido. Se pueden experimentar efectos similares durante períodos de sub-empleo mientras las familias regresan a una situación normalizada de empleo.<sup>72</sup>

### 3.2.9 DISTRITO DE JULIACA <sup>73</sup>

**UBICACIÓN.-** Se encuentra ubicado al norte de la provincia de San Román y al Nor-Oeste del Lago Titicaca. El espacio geográfico del distrito ocupa la parte céntrica del departamento de Puno y de la meseta del Collao. Desde 1926 Juliaca es integrante de la Provincia de San Román, al mismo tiempo que es su capital. Se encuentra a 3824 msnm en la meseta del Collao, localizada en la zona de la región SUNI.

**DIVISIÓN POLÍTICA.-** Políticamente, el distrito de Juliaca está dividido en las siguientes comunidades y parcialidades: Ayabacas, Chimpa Jaran, Uray Jaran, Centro Jaran, Chacas, Chilla, Collana, Escuri, Esqen, Isla, Kokan, Rancho Pukachupa, Rancho Solíala, Rancho Tacamani, Unocolla. En cada uno de estos lugares los tenientes gobernadores son las autoridades políticas los que representan al Poder Ejecutivo.



**Figura 2** Mapa Político del Distrito de Juliaca



Por su ubicación geográfica, Juliaca es el paso imprescindible para viajeros que se dirigen por vía terrestre en la región: Puno, Cusco, Arequipa, Lima, Bolivia. Cuenta con casi todos los medios de transporte. El Aeropuerto Internacional Inca Manco Cápac, alberga la pista de aterrizaje más larga de Latinoamérica, con 4200m; también tiene servicio de trenes y buses. Su actividad principal es el comercio.

La denominación de "Ciudad de Los Vientos", la debe a que en gran parte del año se tiene la presencia de vientos por estar ubicada en plena meseta del altiplano, es una ciudad plana, por lo que en época de invierno se siente toda la crudeza del invierno altiplánico.

También es considerada "Capital de la Integración Andina" pues es una de las ciudades económicamente más capitalizadas por su alta transferencia en mercancía. Es un epicentro de la mercadería en el sur del Perú.

#### **ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS CULTURALES DEL DISTRITO DE JULIACA**

**POBLACIÓN TOTAL.-** Tiene una población total de 225,146 habitantes con una tasa de crecimiento anual (1993-2007) de 2.8% .<sup>74, 75</sup>

**POBLACIÓN URBANA Y RURAL.-** A nivel intercensal (1993 -2007) se observa un proceso acelerado de crecimiento de la población asentada en los centros urbanos 96.2% (2007) y una ligera disminución de la que reside en las áreas rurales. Al respecto es necesario señalar que a pesar de la presencia de un significativo proceso de desruralización y consecuente concentración urbana, aún es notoria la presencia de la población rural en el distrito de Juliaca.

**POBREZA TOTAL.-** Analizando los niveles de pobreza monetaria a nivel distrital, encontramos que en el distrito de Juliaca hay un alto porcentaje en lo que se refiere a incidencia de la pobreza total 42%.

**CENTROS DE SALUD.-** La red San Román abarca dieciocho establecimientos de salud ubicados en el distrito Juliaca, están divididos en 3 micro redes (Cono Sur, Juliaca y San Adriana), de los cuales 13 son puestos de salud y cinco son centros de salud.

Estos establecimientos de salud están categorizados como I-1, I-2, I-4. Los puestos de Salud Nueve de Octubre, Taparachi, Jorge Chavez, Choferes, Rancho Pucachahupa, Santa

Catalina, Santa Marta y Unocolla son puestos de salud con médico. Los centros de salud Cono Sur, Santa Adriana y el puesto de salud Isla cuentan con servicio de internamiento. Solo hay un establecimiento de salud que no pertenece a ninguna red, es el Hospital Regional Juliaca "Carlos Monje Medrano".

Cantidad de odontólogos del Gobierno Regional del Distrito de Juliaca: Once<sup>76</sup>.

**SEGURO SOCIAL DE SALUD.-** En la región Puno el 73.2% no cuenta con seguro de salud y solamente el 16.4% está asegurado en el SIS. Asimismo, el 8.5% cuenta con seguro en ESSALUD; por último, el 1.9% está afiliado a otro tipo de institución prestadora de seguro de salud. Un alto porcentaje de personas no cuentan con seguro de salud, por lo que existe un sector importante de la población que se encuentra en una situación de vulnerabilidad al momento de afrontar los gastos de una enfermedad costosa.

Respecto a las provincias, San Román es quien registra mayor porcentaje de personas que no cuentan con ningún seguro (78.3%). En lo que se refiere a otro tipo de seguro, se observa que San Román alcanza cifras porcentuales poco significativas (2.8%).

**RAZONES POR LA QUE NO ACUDE A UN SERVICIO DE SALUD.-** Entre las razones por las cuales los pobladores del departamento de Puno no acuden a un centro de prestación de servicios de salud es porque no es necesario en un 26.7%. Asimismo, el 22.8% no acuden por falta de recursos económicos. Sin embargo, el 20.8% no acuden a atenderse por falta de tiempo, lo que nos indica que existe una falta de prevención de las enfermedades. El 6.9% afirman que no asisten por falta de atención, lo que puede considerarse como falta de profesionales de salud en el establecimiento.

**MEDICINA TRADICIONAL.-** El uso de la medicina tradicional aún sigue siendo una práctica generalizada en el departamento de Puno en un 78%. Esto se debe a las propiedades medicinales de las plantas y al conocimiento que poseen algunos pobladores para ser usadas en el tratamiento de enfermedades y también puede deberse a la falta de acceso a los servicios de salud de parte de los pobladores, de esta manera están expuestos a sufrir enfermedades sin garantía de un adecuado tratamiento.

Los pobladores del departamento de Puno utilizan las plantas medicinales como el eucalipto

(10.0%), sasahui (10.0%), salvia (9.1%), chachacoma (7.5%), pupusa (4.7%), entre otras hierbas. Estas plantas son usadas desde tiempos inmemoriales para el tratamiento de las enfermedades de los pobladores del departamento de Puno. Sin embargo, es preciso indicar que la población al mismo tiempo hace uso de los servicios que ofrece la medicina convencional, acuden a servicios de salud ubicados dentro y fuera de la comunidad. En conclusión, se puede evidenciar un proceso de incorporación de la población a las atenciones de salud brindadas por el estado, sin desestimar el valor de las propiedades curativas de las plantas medicinales.

#### PLANTAS MEDICINALES MÁS USADAS EN EL DEPARTAMENTO DE PUNO

Plantas medicinales usadas	N	%
Eucalipto	55	10.0%
Sasahui	55	10.0%
Salvia	50	9.1%
Chachacoma	41	7.5%
Pupusa	26	4.7%
Salique	25	4.5%
Manzanilla	17	3.1%
Muña	17	3.1%
Poro poro, pura pura	15	2.7%
Nabo	15	2.7%
Llantén	14	2.5%
Chinchini, chinchini	11	2.0%
Mate de coca	11	2.0%
Chicchipa	11	2.0%
Cola de caballo	9	1.6%
Jaralita, samanilla	7	1.3%
Ajana	7	1.3%
Sábila	6	1.1%
Pinco pinco	6	1.1%
Ajenjo	5	0.9%
Ocaruro	5	0.9%
Ortiga	5	0.9%
Chaucairuna	5	0.9%
Jahuarchonca	5	0.9%
Otros de menor uso <sup>13</sup>	72	13.1%
Otros de mayor uso <sup>14</sup>	55	10.0%

13 Otros de menor uso: apio, boldo, molle, ruda, linaza, canela, tara, etc.

14 Otros de mayor uso: cusmayo, chipe, menta, paico, hierba luisa, uña de gato, hierba buena, matico, etc

### 3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**DOLOR:** El dolor definido por la AISP (Internacional Association for Study of Pain) es “la experiencia sensorial y emocional desagradable producida por un daño y expresada en función de éste”.

**DOLOR DENTAL:** Experiencia sensorial y emocional desagradable producida por un daño en la pieza dentaria.

**CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL:** Es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano que resultan visibles y plausibles de ser observados por otros para controlar y/o manejar el dolor dental.

**AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA:** Es aquella situación en que los pacientes consiguen y utilizan los medicamentos sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento).

**AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL:** Tipo de de conducta ante el dolor dental en el cual se utiliza productos de origen natural: vegetal, animal, mineral, emplastos etc.

**MEDICACIÓN PROFESIONAL:** Se considerará como aquella prescrita por un profesional de la salud.

**RESIGNACIÓN ANTE EL DOLOR DENTAL:** Se considerará cuando el poblador que ha sufrido de dolor dentario menciona no haber utilizado nada para calmarlo.

**EMPLASTO:** Preparación consistente en aplicar una o varias hierbas sobre la parte externa del cuerpo con fines medicinales.

**NIVEL CULTURAL:** Esquemas concretos de conducta, costumbres, tradiciones y hábitos, así como una serie de mecanismos de control como planes, recetas, fórmulas, reglas, instrucciones que gobiernan la conducta de determinado individuo o población.

**NIVEL ECONÓMICO:** Dimensión basada en la economía familiar que se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar.

**NIVEL SOCIAL:** Corresponde a la estratificación de la población según sus condiciones de vida material y sus prácticas sociales o de interacción con la sociedad.

**NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL:** Dimensión del estudio de las poblaciones que involucra los conceptos de dimensión cultural, social y cultural.

### 3.4 HIPÓTESIS

La conducta de mayor prevalencia ante el dolor dental de los pobladores del distrito de Juliaca es la Automedicación Farmacológica.

### 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variables: Conducta ante el dolor dentario, Nivel socioeconómico-cultural.

Covariables: Edad, Género, área poblacional, características del medicamento.

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORIA
<b>Tipo de Conducta ante el dolor dental</b>	Es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano que resultan visibles y plausibles de ser observados por otros para controlar y/o manejar el dolor dental.	Atención Odontológica	Recibe Atención Odontológica	Nominal	-Si -No
			Tipo de atención Odontológica.	Nominal	-Extracción dental -curación: amalgama, resina. -Endodoncia. -Otros
		Uso de Medicamentos	Tipo de medicación	Nominal	-Profesional - Farmacológica. -Tradicional. - Ninguna
			Tipo de automedicación farmacológica.	Nominal	-Aines. -Antibióticos. -Otros. -No recuerda.
			Tipo de automedicación Tradicional.	Nominal	-Vegetal. -Animal. -Mineral. -Emplasto o preparado -Otros
<b>Nivel Socio económico Cultural</b>	Característica asignada por la suma de los datos del nivel social, económico y cultural del individuo y categorizada como: <b>Medio alto</b> (42-57) <b>Medio</b> (29-41), <b>Bajo</b> (16 - 28) y <b>Muy Bajo</b> (4-15).	Nivel social	Ubicación de la vivienda	Ordinal	<b>Medio -Alto</b> 12-15ptos <b>Medio</b> 8- 11 pts <b>Bajo</b> 4- 7 pts <b>Muy Bajo</b> 0- 3 pts
			Principal actividad laboral		
			Organización a la que pertenece		
			Principal actividad en el tiempo libre		
		Nivel Económico	Promedio de ingreso mensual	Ordinal	<b>Medio -Alto</b> 19- 26 pts <b>Medio</b> 13- 18 pts <b>Bajo</b> 7- 12 pts <b>Muy Bajo</b> 1- 6 pts
			Principal material de la vivienda		
			Pertenencia de la vivienda		
			Servicios con los que cuenta la vivienda		
		Nivel Cultural	Idioma que domina	Ordinal	<b>Medio -Alto</b> 12- 16 pts <b>Medio</b> 9- 11 pts <b>Bajo</b> 6- 8 pts. <b>Muy Bajo</b> 3- 5 pts
			Grado de instrucción		
			Medios de información		
			Preferencias de programas de tv		

\* Cuestionario utilizado en la presente investigación. (Anexo 01)

## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal.

### 4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 4.2.1. POBLACIÓN

La población de estudio fueron los adultos mayores de 18 años del distrito de Juliaca de la provincia de Puno que según el último censo del año 2007 presentó 16,8925 habitantes mayores de edad.

#### 4.2.2. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó en base a la información dada por el INEI<sup>74</sup> a través del último Censo 2007.

La muestra fue de 383 pobladores determinada por la siguiente fórmula muestral:

$$n_o = \frac{Z^2 P(1-P)}{E^2}$$

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}}$$

Descripción:

N= Número de pobladores.

n = Tamaño de la muestra.

Z= Nivel de confianza de 95% (valor estándar de 1.96).

P = Prevalencia de automedicación en el Perú (0.5).

E = Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05).

Aplicando la fórmula:

$$\frac{n_o = (1.96)^2 \times 0.5 (1-0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n_o = 384.16$$

Reemplazando:

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}}$$

N= Número de pobladores.

n= Tamaño de Muestra requerida.

$$n = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16}{168925}}$$

$$n = 383.28$$

Tamaño de muestra: 383 habitantes

#### **4.2.3. UNIDAD DE MUESTREO**

La unidad de muestreo estuvo conformada por los adultos mayores de 18 años que habitaban en el distrito de Juliaca.

#### **4.2.4. TIPO DE MUESTREO**

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

#### **4.2.5. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN**

Se tomó en cuenta los siguientes criterios:

##### **CRITERIO DE INCLUSION**

- Ser habitante de distrito Juliaca
- Ser mayor de edad,
- De cualquier sexo, grado de instrucción y ocupación
- Ser psicológicamente apto
- Tener dominio del idioma español
- Haber padecido de dolor dentario

## **CRITERIO DE EXCLUSIÓN**

- No ser habitante del distrito de Juliaca
- Ser menor de edad
- No tener dominio del idioma español
- Ser profesional de la salud
- No haber padecido de dolor dental

## **4.3 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS**

La metodología consideró a individuos mayores de 18 años que hayan padecido por lo menos una vez de dolor dentario y que además aceptaron voluntariamente participar en la investigación.

El distrito de Juliaca cuenta con 15 Comunidades: Ayabacas, Chimpa Jaran, Uray Jaran, Centro Jaran, Chacas, Chilla, Collana, Escuri, Esqen, Isla, Kokan, Rancho Pukachupa, Rancho Solíala, Rancho Tacamani, Unocolla.

Se solicitó a la Municipalidad del distrito de Juliaca el plano de ubicación de las Comunidades.

Se eligió cinco comunidades cercanas al pueblo de Juliaca y se procedió a realizar las entrevistas casa por casa, se inició por las casas que se encontraron en las principales calles de cada comunidad, después se procedió a realizar entrevistas en el mismo pueblo de Juliaca donde también se realizó entrevistas casa por casa y se inició por las casas que se encuentren en las principales calles del pueblo. Cuando se realizó la entrevista casa por casa y no se encontró a la familia se visitó la casa continua. De esta manera se entrevistó a las personas mayores de edad del distrito de Juliaca hasta completar la muestra requerida.

Para la recolección de datos se elaboró una entrevista. Para ello se tomó como referencia los cuestionarios utilizados en investigaciones similares.<sup>6,12</sup>

La estructura de la entrevista constó de las siguientes partes:

**Parte 1:** Datos de filiación.

**Parte 2:** Datos del conducta ante el dolor dentario. Compuesta por 6 preguntas y permitió recopilar información sobre el comportamiento y características de la conducta de los



individuos estudiados ante el dolor dental.

**Parte 3:** Datos sobre el nivel socioeconómico-cultural. Esta tercera parte constó de 12 preguntas cerradas de respuesta múltiple divididas en 3 grupos, nivel social, económico y cultural; las cuales a través de la tabla de puntajes determinaron el nivel socioeconómico-cultural de los individuos estudiados. Cada pregunta tuvo 5 alternativas de respuesta y a cada alternativa le correspondió un puntaje. La determinación del nivel socioeconómico-cultural de los individuos encuestados, fue establecida mediante la suma de los puntajes obtenidos por cada individuo para cada dimensión (nivel social, nivel económico y nivel cultural). Esta escala de determinación de nivel socio económico cultural fue tomada de la investigación de AGUEDO <sup>12</sup>.

El proceso de recolección de datos se realizó en el mes de octubre del 2010 en horario 8:00 am – 6:00 pm. Se aplicó la encuesta al individuo que se encontró disponible y que cumplió con los criterios de inclusión.

**ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO:** El instrumento fue elaborado tomando como referencia los estudios realizados por Aguedo<sup>6</sup> y Nuñez<sup>12</sup>. Las preguntas fueron modificadas para el presente estudio por parte del investigador conjuntamente con los asesores.

Una vez elaborada la encuesta se realizó una prueba piloto tomando el 10% de la muestra establecida en este estudio. Así, se determinó la objetividad y claridad de las preguntas. Una vez realizada la prueba piloto se realizaron las modificaciones correspondientes en aquellas preguntas que presentaron lenguaje técnico, poca claridad y objetividad.

Realizada las modificaciones correspondientes por parte del investigador y los asesores de la investigación, se procedió a realizar la recolección de datos de la muestra establecida.

#### **4.4 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**

Luego de la recolección de datos, éstos fueron procesados con una computadora Pentium IV, utilizando los siguientes Programas: Procesador de texto Microsoft Word 2007, Microsoft Excel 2007, SPSS versión 17.

#### **4.5 ANÁLISIS DE RESULTADO**

Se utilizaron tablas de distribución de frecuencias, gráficos en barras de acuerdo a cada tabla, y análisis estadísticos de los datos obtenidos usando la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson.

## V. RESULTADOS

**TABLA 1 CONDUCTA ADOPTADA ANTE EL DOLOR DENTAL DE LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010.**

Conducta	Frecuencia	Porcentaje
1) Automedicación Farmacológica	162	42,3%
2) Automedicación Tradicional	78	20,4%
3) Medicación Profesional	11	2,9%
4) Atención Odontológica	75	19,6%
5) Ninguna	6	1,6%
6) Automedicación Farmacológica y Automedicación Tradicional	51	13,3%
Total	383	100,0%

Se observó un mayor porcentaje de la muestra realizó como conducta ante el dolor dental la automedicación farmacológica (42,3%) y un menor porcentaje de la muestra no realizó ninguna conducta ante el dolor dental (1,6%).

**TABLA 2 CONDUCTA ADOPTADA ANTE EL DOLOR DENTAL Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO CULTURAL DE LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010.**

Tipo de conducta ante el dolor dentario	NIVEL SOCIOECONÓMICOCULTURAL DE LA MUESTRA				Total
	MUY BAJO	BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	
Automedicación	1	101	59	1	162
Farmacológica	,3%	26,4%	15,4%	,3%	42,3%
Automedicación Tradicional	3	47	26	2	78
	,8%	12,3%	6,8%	,5%	20,4%
Medicación Profesional	0	3	6	2	11
	,0%	,8%	1,6%	,5%	2,9%
Atención Odontológica	0	40	32	3	75
	,0%	10,4%	8,4%	,8%	19,6%
Ninguna	0	5	1	0	6
	,0%	1,3%	,3%	,0%	1,6%
Automedicación	1	31	18	1	51
Farmacológica y	,3%	8,1%	4,7%	,3%	13,3%
Automedicación Tradicional					
TOTAL	5	227	142	9	383
	1,3%	59,3%	37,1%	2,3%	100,0%

Chi – Cuadrado de Pearson  $gl=15$   $P=0,033$

Se observó mayores porcentajes de automedicación farmacológica en el nivel socioeconómico cultural bajo (26.4%) y medio (15.4%).

Se encontró mayores porcentajes de Automedicación Tradicional en el nivel socioeconómico bajo (12.3%).

Se evaluó la relación entre el tipo de conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico cultural a través de la prueba de Chi Cuadrado concluyéndose que existe relación significativa  $P=0.033$ .

**TABLA 3 RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTA ADOPTADA ANTE EL DOLOR DENTAL  
Y LA EDAD DE LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA,  
PUNO, AÑO 2010**

Tipo de conducta ante el dolor dentario	Edad de los pobladores de juliaca					Total
	18-30	30-39	40-49	50-59	60 a más	
Automedicación	106	35	15	4	2	162
Farmacológica	27,7%	9,1%	3,9%	1,0%	,5%	42,3%
Automedicación Tradicional	30	14	21	8	5	78
	7,8%	3,7%	5,5%	2,1%	1,3%	20,4%
Medicación Profesional	5	2	3	0	1	11
	1,3%	,5%	,8%	,0%	,3%	2,9%
Atención Odontológica	44	13	11	5	2	75
	11,5%	3,4%	2,9%	1,3%	,5%	19,6%
Ninguna	6	0	0	0	0	6
	1,6%	,0%	,0%	,0%	,0%	1,6%
Automedicación	22	10	11	6	2	51
Farmacológica y Automedicación Tradicional	5,7%	2,6%	2,9%	1,6%	,5%	13,3%
<b>TOTAL</b>	<b>213</b>	<b>74</b>	<b>61</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>383</b>
	55,6%	19,3%	15,9%	6,0%	3,1%	100,0%

Chi – Cuadrado de Pearson  $gl=20$   $P=0,003$

Se encontró mayores porcentajes en la automedicación farmacológica dentro del rango de 18-30 años (27.7 %).

Se evaluó la relación entre el tipo de conducta ante el dolor dental y la edad a través de la prueba de Chi Cuadrado concluyéndose que existe relación significativa  $P=0.003$ .

**TABLA 4 RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTA ADOPTADA ANTE EL DOLOR DENTAL Y EL GÉNERO DE LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010**

Tipo de conducta ante el dolor dentario	Género de los pobladores de juliaca		
	masculino	Femenino	Total
Automedicación Farmacológica	86	76	162
	22,5%	19,8%	42,3%
Automedicación Tradicional	35	43	78
	9,1%	11,2%	20,4%
Medicación Profesional	7	4	11
	1,8%	1,0%	2,9%
Atención Odontológica	27	48	75
	7,0%	12,5%	19,6%
Ninguna	5	1	6
	1,3%	,3%	1,6%
Automedicación Farmacológica y Automedicación Tradicional	22	29	51
	5,7%	7,6%	13,3%
Total	182	201	383
	47,5%	52,5%	100,0%

Cuadrado de Pearson  $gl=5$   $P=0,054$

Se encontró mayores porcentajes en la automedicación farmacológica en el género masculino (22.5 %).

Se evaluó la relación entre el tipo de conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico cultural a través de la prueba de Chi Cuadrado concluyéndose que no existe relación significativa  $P=0.054$ .

**TABLA 5 RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTA ADOPTADA ANTE EL DOLOR DENTAL Y EL ÁREA POBLACIONAL DE LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010**

Tipo de conducta ante el dolor dentario	Ubicación de la vivienda del encuestado			Total
	rural	Urbano Marginal	Urbano	
Automedicación Farmacológica	2 ,5%	22 5,7%	138 36,0%	162 42,3%
Automedicación Tradicional	7 1,8%	25 6,5%	46 12,0%	78 20,4%
Medicación Profesional	0 ,0%	0 ,0%	11 2,9%	11 2,9%
Atención Odontológica	6 1,6%	5 1,3%	64 16,7%	75 19,6%
Ninguna	2 ,5%	0 ,0%	4 1,0%	6 1,6%
Automedicación Farmacológica y Automedicación Tradicional	0 ,0%	9 2,3%	42 11,0%	51 13,3%
TOTAL	17 4,4%	61 15,9%	305 79,6%	383 100,0%

Chi – Cuadrado de Pearson  $gl=5$   $P=0,00$

Se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el área urbana (36.0%).

Se evaluó la relación entre el tipo de conducta ante el dolor dental y el área poblacional a través de la prueba Chi Cuadrado concluyéndose que existe relación significativa  $P=0.000$ .

**TABLA 6 TIPO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA POR LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010.**

TIPO DE MEDICAMENTO	Frecuencia	Porcentaje
Antiinflamatorios	186	48,6%
No recuerda	24	6,3%
Antiinflamatorios y Antibióticos	3	0,8%

Se encontró que el tipo de medicamentos frecuentemente utilizados en la automedicación farmacológica son los AINES (48,6%).

**TABLA 7 NOMBRE DEL MEDICAMENTO DE MAYOR USO EN LA AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA POR LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010.**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Frecuencia	Porcentaje
Antalgina	41	10,7%
Aspirina	16	4,2%
Dolocordralan	77	20,1%
dolocordralan y amoxicilina	3	,8%
Doloflan	28	7,3%
Ibuprofeno	13	3,4%
Ketorolaco	1	,3%
Mejoral	1	,3%
Naproxeno	8	2,1%
Paracetamol	1	,3%

Se observó que el medicamento frecuentemente utilizado en la automedicación farmacológica es el dolocordralan (20,1%) y entre los medicamentos de menor uso se encuentra el: Ketorolaco (0,3%), Mejoral (0,3%) y Paracetamol (0,3%).



**TABLA 8 TIPO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL POR LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010.**

TIPO DE MEDICAMENTO	Frecuencia	Porcentaje
Vegetal	108	28,2%
Animal	4	1,0%
Mineral	1	,3%
Otros	12	3,1%
vegetal y animal	3	,8%
vegetal y mineral	1	,3%
Total	129	33,7%

Se observó en un mayor porcentaje la utilización de un medicamento tradicional de tipo vegetal (28,2%).

**TABLA 9 PLANTAS EDICINALES MÁS UTILIZADAS EN LA AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL POR LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010.**

Planta medicinal	Frecuencia	Porcentaje
aceite de copaiba	1	,3%
Ajo	11	2,9%
Anís	2	,5%
Canela	2	,5%
Cebolla	3	,8%
clavo de olor	53	13,8%
Coca	4	1,0%
Kion	1	,3%
llopta y coca	22	5,7%
Perejil	1	,3%
Pimienta	8	2,1%
sangre de grado	4	1,0%
TOTAL	112	29.3%

Se observó en un mayor porcentaje la utilización como medicamento tradicional de tipo vegetal fue el clavo de olor (13,8%).

**TABLA 10 NOMBRE DEL MEDICAMENTO DE TIPO MINERAL MÁS UTILIZADO EN LA AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL POR LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010.**

	Frecuencia	Porcentaje
carburo	2	,5%

Se encontró que un porcentaje de 0,5% utilizó el carburo como medicamento de tipo mineral.

**TABLA 11 NOMBRE DEL MEDICAMENTO DE TIPO ANIMAL MÁS UTILIZADO EN LA AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL POR LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010.**

NOMBRE DE MEDICAMENTO DE TIPO ANIMAL	Frecuencia	Porcentaje
bilis de vaca	2	0,5%
cebo de oveja	1	0,3%
orina de sapo	1	0,3%
orina de vaca	3	0,8%

Se encontró que un porcentaje de 1,9% utilizó medicamentos de tipo animal, dentro de los cuales el medicamento de tipo tradicional más utilizado fue la orina de vaca (0,8%).

## VI. DISCUSIÓN

La conducta principal de los pobladores del distrito de Juliaca ante el dolor dental fue la automedicación farmacológica en un 42.3%. Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por: AGUEDO (64.61%), TELLO (43.9%), NUÑEZ (47.4%), STELTER (78%), BAÑOS (72%), KNAUTH (63%), MESTANZA (66.7% en el nivel socioeconómico bajo y en un 40.6% en el nivel socioeconómico alto), GONZÁLES (42.1%). Difieren con MISRACHI (18%). Ésta conducta podría explicarse debido a la falta de centros de salud en el distrito de Juliaca.<sup>74</sup> Otros factores podrían ser los de tipo sociales, económicos y culturales, entre los cuales se encuentran la dificultad de llegar a los centros de salud (largos recorridos, altos costos de transporte, prolongado tiempo de espera, etc.) y porque las consultas privadas son caras.<sup>20</sup>

Un factor social importante en nuestro país, se debe a los medios de comunicación como la radio y la televisión que influyen en la toma de decisión del consumo de un fármaco por voluntad propia.

Se encontró concordancia con AGUEDO en la relación entre la automedicación farmacológica y el nivel socioeconómico cultural ( $P=0.033$ ). Siendo la conducta de automedicación farmacológica la de mayor porcentaje en el nivel socioeconómico cultural bajo (26.4%) y medio (15.4%).

El aumento de la práctica de automedicación farmacológica en la población, justifica la necesidad de mejorar la información dirigida a los pacientes. Según la OMS, es esencial que dicha información se adecue al nivel de educación y conocimientos de la población a la que va dirigida, y podría evitar la mayoría de los riesgos y complicaciones que conlleva la automedicación farmacológica.

Se encontró relación entre el tipo de conducta ante el dolor dental y la edad ( $P=0.003$ ). El grupo etáreo de mayor prevalencia de automedicación farmacológica fue de 18-30 años (27.7%), lo que concuerda con los estudios realizados por: PARIS (35.6%), AGUEDO (29%), TELLO (35.6%), MAGALDI (81%).

Estos resultados podrían explicarse debido a que las personas de 18-30 años se encuentran mayormente influenciadas por la presión de grupo y familiares.<sup>33</sup>

No existe relación significativa entre género y tipo de conducta para manejar el dolor dental ( $P=0.054$ ). Estos resultados concuerda con los estudios realizados por PARIS, GONZÁLEZ, NUÑEZ; difieren con: AGUEDO, GOMEZ, TELLO, AGUADO, ALARCON, STELTER.

No existe relación entre automedicación y género, por el contrario, según muchos de los antecedentes refieren que existe una prevalencia del género femenino, esto se podría explicar debido a que la mujer al estar mayor tiempo en casa se encuentra influenciada por la presión de grupo y familiares <sup>33</sup> y por medios de comunicación como la radio y la televisión que influyen en la toma de decisión del consumo de un fármaco por voluntad propia.<sup>35, 38, 39,</sup>

Se encontró relación entre la conducta y el área poblacional concluyendo que existe relación significativa ( $P=0,00$ ). Encontrando un porcentaje mayor de automedicación farmacológica en la zona urbana (36%) respecto de la zona rural (0.5%) y Urbano marginal (5.7%), esto concuerda con el estudio realizado por AGUEDO (57.25%).

Esto podría explicarse debido a que en las áreas rurales, a menudo no es económicamente rentable establecer y mantener una práctica odontológica privada, por lo cual los odontólogos suelen distribuirse desigualmente a través de las distintas regiones geográficas. Por lo tanto, las personas que viven en área rurales deben viajar a los sitios más cercanos en donde se encuentre disponible la atención odontológica.

En la zona urbana existe una mayor influencia de los medios de comunicación, así como un fácil acceso para la obtención de medicamentos en las farmacias, postas médicas y centros de salud, por lo que se explicaría la mayor prevalencia de automedicación farmacológica en ésta zona.

El tipo de medicamento frecuentemente utilizado en la automedicación farmacológica fue el AINE (48,6%). Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por: LOPEZ (59,3%), AGUEDO (49.25%), HOURS (78.9%), GONZALES (43%), TELLO (56.44%), ALARCON (36.9%), BAENA (29.8%), BAÑOS (39%).

Siendo el medicamento más utilizado en la automedicación farmacológica el dolocordralan (20,1%) y entre los AINES de menor uso se encuentra el: Ketorolaco (0,3%), Mevoral (0,3%) y Paracetamol (0,3%).

Esto se podría explicar debido a que existe una gran cantidad de AINES de venta libre y que son comerciales en nuestra cultura. Los usuarios han preferido automedicarse con AINES, quizá por haberlos conocido por los medios de comunicación, familiares, amigos, farmacéuticos y/o a través de su médico al haber sido recetados para alguna dolencia anterior.

En la automedicación tradicional prevalecen las plantas medicinales (28,2%). Este resultado concuerda con los estudios realizados por: AGUEDO (15.50%) y GÓMEZ ( $p < 0.05$ ).

Existe una prevalencia de mayor consumo de plantas medicinales en la automedicación tradicional, a pesar que se observa un proceso acelerado de crecimiento de la población asentada en los centros urbanos 96.2% (2007) y una disminución de la que reside en las áreas rurales. Esto se debería a que la población aún conserva sus costumbres, cultura, hábitos y a que las plantas medicinales ofrecen precios extremadamente bajos con respecto al valor de productos farmacéuticos (químicamente sintetizados) lo que facilita su consumo.

El farmacéutico tiene una importante influencia en la automedicación (29,2%). Este resultado concuerda con el estudio de: AGUEDO (36.80%), TELLO (50.92%), NUÑEZ (32.5%) y difiere del estudio realizado por BAÑOS (73% por decisión propia).

Esto se debe a que el farmacéutico a menudo constituye la única vía de información para el paciente, debido a que es la persona que se encuentra en mayor frecuencia en las boticas, farmacias, centros de salud, puestos de salud, hospitales y son los encargados de proporcionar los medicamentos al paciente.

El tratamiento de tipo odontológico para controlar el dolor dental fue en un mayor porcentaje la extracción dental (11.6%). Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por: MUZA Y ERNESTO. Esto se explicaría debido a la influencia de los factores económicos, culturales, sociales y a las costumbres, cultura y hábitos que aún persiste en las comunidades y poblaciones alejadas que piensan que el tratamiento definitivo para calmar el

dolor dental es la extracción dental. La influencia familiar y social sugiere que “Sacarse los dientes es lo mejor”. Concepto difundido por generaciones.

## VII. CONCLUSIONES

- 1) La conducta de mayor frecuencia ante el dolor dental fue la automedicación farmacológica (42.3%,) frente a las demás conductas ante el dolor dental, por lo que se acepta la hipótesis planteada.
- 2) Existe una relación significativa entre la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural en los Pobladores el distrito de Juliaca, provincia de Puno ( $P= 0,033$ ).
- 3) Existe una relación significativa entre la conducta ante el dolor dental y la edad de los Pobladores el distrito de Juliaca, provincia de Puno ( $P= 0,003$ ).
- 4) No Existe una relación significativa entre la conducta ante el dolor dental y el género de los Pobladores el distrito de Juliaca, provincia de Puno ( $P= 0,033$ ).
- 5) Existe una relación significativa entre la conducta ante el dolor dental y el área poblacional de los Pobladores el distrito de Juliaca, provincia de Puno ( $P=0,00$ ).
- 6) El tipo de medicamentos más utilizados en la automedicación farmacológica fueron los AINES (48.6%) y en la automedicación tradicional los de origen Vegetal o plantas medicinales (28.2%).
- 7) El medicamento frecuentemente utilizado en la automedicación farmacológica fue el Dolocordralan (20,1%) y entre los medicamentos de menor uso se encuentran el: Ketorolaco (0,3%), Mejoral (0,3%) y Paracetamol (0,3).
- 8) El medicamento tradicional de tipo vegetal frecuentemente utilizado fue el clavo de olor (13,8%) seguido por la coca y llipta en un 5.7%.

## **VIII. RECOMENDACIONES**

Se sugiere realizar campañas de promoción de la salud bucal promoviendo las alternativas de tratamiento que existen para controlar el dolor dental además de la automedicación farmacológica y la extracción dental.

Se recomienda realizar programas de educación a los pobladores del distrito de Juliaca para dar a conocer información sobre las complicaciones que podría conllevar el consumo de medicamentos sin prescripción médica.

Se recomienda realizar estudios de investigación a cerca de las plantas medicinales más utilizadas por los pobladores de Juliaca como son: la coca y llipta y clavo de olor.

Realizar un estudio sobre los medicamentos utilizados tanto los farmacológicos como los de medicina tradicional, para poder evitar los efectos secundarios.



## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. **NÚÑEZ ACEVEDO**, Manejo del dolor dentario de los pobladores de la zona rural y urbana del distrito de Otuzco – La Libertad año 2002. Tesis Bachiller Odontología, UNMSM. Lima, Perú. 2002.
2. **YAMAGUCHI D.** La automedicación: su prevalencia y factores de riesgo en trabajadores del Sector Salud. Tesis para optar el grado académico de maestro en salud pública con mención en epidemiología. 2003.
3. **PARIS A.S.** Estudio Sobre La Automedicación En La Comunidad Valenciana. Valencia, Mayo de 2009.
4. **LÓPEZ, J. ET AL.** Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. Rev Salud Pública, mayo. 2009, 11 (3), p. 432- 442.
5. **M. GÓMEZ O.** Estudio de automedicación en una farmacia comunitaria de la Ciudad de Toluca. Rev. Mexicana de ciencias Farmacéuticas. 2009; Volumen 40 • Número 1
6. **AGUEDO.** Relación entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del distrito de independencia, Huaraz, 2007. Tesis Bachiller Odontología, UNMSM. Lima, Perú. 2007.
7. **HOURS P. J.E ET.AL.** Estudio de la utilización de analgésicos en el tratamiento de procesos dolorosos ocasionales, leves y moderados, en farmacias comunitarias. Pharmaceutical Care España 2007; 9(1) : 10-18.
8. **GONZÁLEZ A. M.** Automedicación con AINE por los usuarios de dos consultas de Atención Primaria. Gac Med Bilbao. 2006; 103: 54-57
9. **MUZA C.** Causas de extracciones en el servicio de emergencia dental, Hospital Rancagua. Rev Cuadernos Médico Sociales Vol 47, N°4; 2007.
10. **TELLO S.,** Factores asociados a la Prevalencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en mayores de 18 años del distrito de Chiclayo-Perú. Rev. Med. 01:pp 26-29. 2005.
11. **AGUADO M.** Automedicación en Estudiantes de Farmacia de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. Atención farmacéutica. Acta Farmacológica Bonaerense. 2005; Argentina: 24(2): 271- 6.
12. **MAGALDI, L.** Fármaco vigilancia y hábitos de consumo de medicamentos en los estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela. Revista de la Facultad de Medicina. 2004; v.27 n.1
13. **GALINDO R. A.** Et al. Estilos de vida del profesional asistencial de salud del hospital regional de ayacucho y hospital ii essalud huamanga durante los meses abril – julio 2010. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. 2010.
14. **NÚÑEZ ACEVEDO**, Manejo del dolor dentario de los pobladores de la zona rural y urbana del distrito de Otuzco – La Libertad año 2002. Tesis Bachiller Odontología, UNMSM. Lima, Perú. 2002.

15. **ERNESTO et al**, Factores sociales, culturales e históricos que influyeron en la pérdida dental de adultos mayores. Valle de Aburra 2000. CES odontol;14(1):13-18, ene.-jun. 2001.
16. **STELTER C.** et al, Automedicação em odontologia. Journal Brazilienze Odontologia Clínica. JBC j. bras. odontol. clín;1(5):13-8, 1997.
17. **BAENA A.P. y et al**, Automedicación en pacientes de los servicios de urgencias de Odontología de CES: Investigación para optar el título de Odontólogo. CES Odontología. 1996; Vol. 9 – Nro2.
18. **VALDEZ E. et al**, La importancia de la medicina popular en el sistema de salud de la provincia de Vallegrande (Bolivia). Carta Médica AIS 1995, 9(1)
19. **MISRACHI L. et al**, Comportamientos de búsqueda de salud oral: factores determinantes en poblaciones urbano marginales. Odontol. chil;43(1):7-13, abr. 1995.
20. **Knauth C.** El uso de medicamentos en los distritos pobres del Perú. Boletín de Medicamentos Esenciales, Investigaciones 1993. pág. 13.
21. **J.E. Baños et al.** La automedicación con analgésicos. Estudio en el dolor odontológico. Med Clin (Barcelona) 1991; 96: 248 – 251.
22. **MESTANZA F.**, Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. Revista de Medicina, Universidad Peruana Cayetana Heredia. Lima, Perú. vol 3, pp 101- 108. 1991.
23. **PALACIOS E, SÁENZ L, Y RONDÓN Q.** Dolor en estomatología. 1º edición. Lima, Perú. 1998.
24. **Pérez Ruiz A.** Hipótesis Actuales Relacionadas con la Sensibilidad Dentinal. Rev Cubana Estomatol 1999;36(2):171-5
25. **CLANCY J. et al.** Neurophysiology of Pain. Br J Theatre Nurs 1998; 7: 19, 22-7.
26. **HOFFERT MJ.** The Neurophysiology of Pain. Neurol Clin 1989, 7: 1983-203.
27. **ZATZICK D. et al.** Cultural variations in response to painful stimuli. Psychosom Med. 1990 Sep-Oct; 52(5): 544-57.
28. **GUYTON AC, HALL JA.** Tratado de fisiología médica. 10.<sup>a</sup> ed., McGraw-Hill 2001, p 669-680.
29. **EL ERGONOMISTA**, Definición de Conducta. [consulta en línea febrero 2009]<http://www.elergonomista.com/biologia/conducta.htm>
30. **LAVIELLE PILAR et al.** Conducta del enfermo ante el dolor crónico. Rev. Salud Pública de México/vol.50, no.2, marzo-abril de 2008.
31. **LAPORTE JR.** Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? Med Clin (Barc) 1997; 109: 795-6.
32. **BRANNSTRÖM M.** Sensitivity of dentine. Oral surg. Oral Med Oral Pathol 1966; 21: 517- 526.
33. **ALVARADO S.** Automedicación. Sinfonet Nuestra Net y Cruz. Blanca Panameña a la

- comunidad, 1997.
34. **ANGELES P.** Automedicación en Población Urbano de Cuernavaca, Morelos. Salud Pública de México. N°5. Vol 34. México. Setiembre- Octubre del 1992.
  35. **FRENCH C.** Automedicación y Uso Racional del Medicamento en el IPSS. Boletín Terapéutico Toxicológico. N° 4. Perú. 1997.
  36. **DAWSON, TAYLOR y REIDE.** Lo Esencial en Farmacología, 2da Edic. Edit. Mosby. Inglaterra. 2003. pp
  37. **ALVARADO J.** Antibióticos y Quimioterápicos, 1era Ed. Apuntes Médicos del Perú. Perú. 1999; pp 47- 55/ 171- 188.
  38. **LÓPEZ R.** Morbilidad y Medicamentos en Perú y Bolivia. Agosto, 1990.
  39. **NETO R y LLAUGER G.** Estudio del Consumo de Medicamentos y Automedicación en Lima Metropolitana. Revista Médica Herediana. 1992: 3: 101.
  40. **MONTALVO J.** Factores Asociados a la Automedicación en la Población Urbano-Marginal del Distrito de Chiclayo. 1999. Tesis (Médico Cirujano) Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo- Lambayeque. 1999. pp 1- 4.
  41. **INFORMACIÓN TERAPÉUTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Vol. 24–N.º 6-2000.
  42. **OPS.** Serie Informes Técnicos, 622, 1978. p. 7 y 8. Citado por OPS – OMS.
  43. **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.** Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa; Guatemala p. 13.
  44. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Complementary and Alternative Medicines and Therapies. Washington, DC: Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (grupo de trabajo OPS/OMS); 1999.
  45. **VALDIVIA F et al.** Uso de la medicina tradicional en diabetes mellitus no insulino-dependiente. An Fac Med Lima. 1996;57:180-3.
  46. **ARROYO J.** El proceso del sector salud 1990-1995: colapso operativo y reforma sanitaria silenciosa. An Fac Med Lima. 1996;57:188-95.
  47. **FLORIPÉ FAJARDO et al.** Plantas que curan, Salud plantas medicinales. 1ª. Edic. imprimatur. Managua, 1998.
  48. **COWAN MM.** Plant Products as Antimicrobial Agents. Clin Microbiol Rev 1999; 12(4).
  49. **ELEMENTOS, RECURSOS Y ORGANIZACIÓN DE LA MEDICINA INDÍGENA TRADICIONAL**, disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/041874/modulo1-2.pdf>.
  50. **KALSBECK H et al.** Tooth loss and dental caries in Dutch adults. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19:201-4.
  51. **MONCADA.** Compendio Estadístico Departamental"; Instituto Nacional de Estadística e Informática. Puno, pp. 6. 2000.
  52. **PORTUGAL.** "Consolidados del sistema de Estadística e Informática" Dirección

- Regional de Salud. Ministerio de Salud Puno.2000.
53. **COSTA BAUER.** "Indicadores básicos" Situación de salud en el Perú. Ministerio de Salud, Oficina de Estadística Informática, Organización Panamericana de salud, pp. 4. 1998.
  54. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD** La Salud en la América, Vol.III.1998.
  55. **JAHUIRA H. V.** Uso y consumo de plantas medicinales en comunidades campesinas del Altiplano de Puno – Perú. Tesis para optar el grado de magister en Ciencias Sociales. Ecuador, 2005.
  56. **WAIZEL-B. J., MARTÍNEZ R. I.** Plantas empleadas en odontalgias I.Rev. ADM; Vol. LXIV, No. 5 Septiembre-Octubre 2007 pp 173-186.
  57. **BRACK EGG A.** Diccionario Enciclopédico de Plantas Útiles en el Perú. Cuzco: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 1999.
  58. **MEJÍA K Y RENGIFO E.** Plantas Medicinales de uso popular en la Amazonía Peruana. Lima: AECI; 2000.
  59. **DÍAZ RM et al.** Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. Revista ADM Vol. LVIII, No. 2 Marzo-Abril 2001 pp. 68-73.
  60. **LARA N et al.** Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhua, Distrito Federal. Revista ADM Vol. No. 2 Marzo-Abril 2000, p 45-49.
  61. **ZERÓN J. et al.** Código de Etica. Asociación Dental Mexicana, Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas. 2006. Disponible en la Word Wide Web: <http://www.ccdqroo.org/codigoetica.htm>.
  62. **MANAU NAVARRO, SERRA MAJEM.** Odontología preventiva y Comunitaria.Principios, métodos y aplicaciones.Barcelona.3do ed.Masson editores, 1999:15-23.
  63. **CARDONA F, CARBONELLE, LLORIA E.** Terapéutica antimicrobiana en Odontoestomatología.Madrid:IM Y C editores,1996:249-273.
  64. **MANAU C, ECHEVERRIA JJ.** Enfermedades periodontales.Barcelona: 2ª ed.Masson editores, 1999: 137-152.
  65. **HILAS E.** Concepciones de salud predominantes en comunidades rurales dispersas, Rev Cubana Estomatol 2004;41(3).
  66. **ASOCIACIÓN ARGENTINA DE MARKETING.** Índice de nivel socio económico argentino; Argentina.1998.
  67. **LAMB CHARLES et al.** Marketing. Editorial Thomson S.A., Sexta Edición; 2002, Pág. 152.
  68. **BIRCH S.** Market forces and market failure in the general dental service. The efficiencyand equity implications of manpower redistribution.Community Dent Health 1988; 5:95-111.
  69. **KALSBECK H et al.** Tooth loss and dental caries in Dutch adults. Community Dent

Oral Epidemiol 1991; 19:201-4.

70. **SCHWARZ E.** Changes in utilization and cost sharing within the Danish National. Health Insurance dental program, 1975-90. Acta Odontol Scand 1996; 54:36-43
71. **MARTHALER TM et al.** The prevalence of dental caries Europe 1990-1995. Caries Res 1996; 30:237-55.
72. **PIZARRO V. et al.** Estado de salud oral de personas mayores no institucionalizadas de Barcelona. XXI Reunión Científica de la SEE, conjunta con la Federación Europea de Epidemiología de la Asociación Internacional de Epidemiología. Toledo. Gac Sanit 2003; 17(Supl.2): 75.
73. **DISTRITO DE JULIACA, PUNO.** [Citado: 02/10/2010] Disponible en:
74. **CENSOS NACIONALES 2007. INEI:** <http://www.inei.gob.pe/.2007>.  
<http://members.fortunecity.es/edwinlm/juliaca.htm>.
75. Censo 2007, XI de Población – VI de Vivienda. Censo 1993, IX de Población – IV de Vivienda. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. Elaboración: Estudios Sociales Walsh Perú S.A.
76. **MINISTERIO DE SALUD** Disponible en: [www.minsa.gob.pe/.../notas\\_auxiliar.asp?nota](http://www.minsa.gob.pe/.../notas_auxiliar.asp?nota).

## **X. ANEXOS**

**Anexo 01****TABLA 1 EDAD DE LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010**

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
18-30	213	55,6%
30-39	74	19,3%
40-49	61	15,9%
50-59	23	6,0%
60 a más	12	3,15%
Total	383	100,0%

Se observó mayor porcentaje de la muestra en el grupo etareo en el rango de 18 -30 años de edad (55,6%) y el menor porcentaje se encontró en el grupo de 60 a más años de edad (3,1%).

**TABLA 2 GÉNERO DE LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010**

GÉNERO	Frecuencia	Porcentaje
masculino	182	47,5
femenino	201	52,5
Total	383	100,0

Se observó un mayor porcentaje de género femenino (52,5%) mientras que en el género masculino tuvo un porcentaje menor (47,5%).

**TABLA 3 DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA SEGÚN EL ÁREA POBLACIONAL DE LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010**

VIVIENDA	Frecuencia	Porcentaje
Rural	17	4,4%
Urbano Marginal	61	15,9%
Urbano	305	79,6%
Total	383	100,0%

Se observó un mayor porcentaje de distribución de la vivienda de la muestra en el área Urbano (79,6%) y el menor porcentaje en el área rural (4,4%).

**TABLA 4 PERSONA QUE ACONSEJÓ TOMAR EL MEDICAMENTO DE TIPO FARMACOLÓGICO A LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010**

PERSONA QUE ACONSEJÓ	Frecuencia	Porcentaje
Padres	26	6,8%
Otros parientes	15	3,9%
Amigos	6	1,6%
Farmacéutico	112	29,2%
Por decisión propia	54	14,1%
Total	213	55,6%

Se observó que la persona que aconseja en mayor porcentaje la toma de medicamento de tipo farmacológico es el farmacéutico (29,2%) y en menor porcentaje los amigos (1,6%).

**TABLA 5 TIPO DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO PARA CONTROLAR EL DOLOR DENTAL QUE REFIEREN RECIBIR LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010**

	Frecuencia	Porcentaje
Curación de la pieza dentaria	21	5,5%
Matar el nervio (endodoncia)	9	2,3%
Extracción Dental	45	11,7%
Total	75	19,6%

Se encontró que el tratamiento de tipo odontológico que recibió para controlar el dolor dental en un mayor porcentaje fue la extracción dental (11,6%) y en menor porcentaje fue la endodoncia (2,3%).

**TABLA 6 NIVEL SOCIOECONÓMICO CULTURAL DE LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL DISTRITO DE JULIACA, PUNO, AÑO 2010**

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJO	5	1,3%
BAJO	227	59,3%
MEDIO	142	37,15%
MEDIO	9	2,3%
ALTO		
Total	383	100,0%

Se observó en un mayor porcentaje de los pobladores de Juliaca en el nivel socioeconómico cultural bajo (59,3%) y un menor porcentaje en el nivel muy bajo (1,3%).



ENTREVISTA

“CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO- CULTURAL DE LOS POBLADORES DEL DISTRITO DE JULIACA-PUNO. 2010”

I. FILIACIÓN

Edad:.....

Género: M ( ) F ( )

II.DATOS DE LA CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL.

1) ¿Ha padecido de “dolor de muela”?

a) Si b) No

2) ¿Qué conducta tomó cuando padeció de “dolor de muela”?

- a) Automedicación Farmacológica.
- b) Automedicación Tradicional.
- c) Medicación Profesional.
- d) Atención Odontológica. (extracción dental, curaciones, endodoncia, otros).
- e) Ninguna.
- f) Automedicación Farmacológica y Automedicación Tradicional.

3) En caso de tomar “pastillas” para calmar el “dolor de muela” ¿Cuál usó?

- A) Antiinflamatorios: \_\_\_\_\_
- B) Antibióticos: \_\_\_\_\_
- C) Otros: \_\_\_\_\_
- D) No recuerda: \_\_\_\_\_

4) En caso de tomar “pastillas” por su propia cuenta (Automedicación Farmacológica) para calmar el “dolor de muela” ¿Quién es la persona que le aconsejó la adquisición del medicamento que tomó?

- a) Padres
- b) Otros Parientes
- c) Amigos
- d) Farmacéutico
- e) Por decisión propia

5) En caso de usar plantas, preparados y/o soluciones para calmar el “dolor de muela” ¿Cuál usó?

- a) Vegetal: \_\_\_\_\_
- b) Animal: \_\_\_\_\_
- c) Mineral: \_\_\_\_\_
- d) Emplastos o preparados: \_\_\_\_\_
- e) Otros: \_\_\_\_\_

6) En caso de ir en busca de atención odontológica ¿Cuál fue el tipo de tratamiento odontológico que usted recibió para controlar el “dolor de muela”?

- a) Extracción dental.
- b) Curación de la pieza dentaria con: amalgama, resina, endodoncia.
- c) Matar el nervio del diente (endodoncia)
- d) Otros (especifique): \_\_\_\_\_

### **III. DATOS DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL**

#### **3.1 NIVEL SOCIAL**

1. La vivienda del encuestado se ubica en una zona: (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Rural ( ) b) Urbano-marginal ( ) c) Urbano ( )

2. Dónde realiza Ud. su principal actividad laboral? (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) En una Institución Pública o Privada ( ) b) En el campo ( )  
c) Ama de casa ( ) d) Negociante ( ) e) No trabaja ( )

3. A que Organizaciones Ud. pertenece? (VARIAS ALTERNATIVAS)

- a) Ninguno ( ) b) Clubes ( ) c) Sindicatos ( )  
d) Grupo ( ) e) Asociaciones ( )

4. ¿Qué actividad realiza Ud. con más frecuencia en su tiempo libre?

(SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Pasea con amigos ( ) b) Duerme ( ) c) Deportes ( )  
d) Ve TV, lee, Internet ( ) e) Ninguno ( )

#### **3.2. NIVEL ECONÓMICO**

1. Promedio de ingreso mensual : (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) No recibe ingresos b) Menos de 465 soles c). 465 - 930 soles  
d) 930 – 1395 soles e) 1395 – 1860 soles

2. Principal material de la vivienda (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Estera ( ) b) Piedra con barro ( ) c) Adobe ( )  
d) Madera ( ) e) Ladrillo- cemento ( )

3. Pertenencia de la vivienda (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Familiar ( ) b) Propia por invasión ( ) c) Alquilada ( )  
d) Propia pagándose a plazos ( ) e) propia pagada ( )

4. Servicios con los que cuenta su vivienda:( VARIAS ALTERNATIVAS)

- a) Electricidad ( ) b) Agua ( ) c) Desagüe ( )  
d) Cable ( ) e) Internet ( )

#### **3.3. NIVEL CULTURAL**

1. ¿Qué idiomas domina? (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Castellano ( ) b) Quechua – Castellano ( ) c) Castellano –  
Inglés ( ) d) Castellano – Ingles y otro ( )

2. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios que usted culminó? (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Ninguno ( ) b) Primaria ( ) c) Secundaria ( )  
d) Superior Técnico ( ) e) Superior Universitario ( )

3. ¿A través de qué medio Ud. se mantiene informado? (VARIAS ALTERNATIVAS)

- a) Amigos, vecinos ( ) b) TV. cable ( ) c) Radio ( )  
d) Internet ( ) e) Periódico ( )

4. ¿Qué tipo de programa prefiere en la TV? (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Dibujos animados ( ) b) Novelas ( ) c) Películas ( )  
d) Series ( ) e) Noticias ( )

**Anexo 03.**

**FOTOS DE LA INVESTIGACIÓN**



Foto N° 01. Recolección de datos zona Urbana.



Foto N° 02. Recolección de datos zona Rural.